

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

SUZANA HARA PINHO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: O
PAPEL ASSISTENCIAL DO BANCO DE LEITE HUMANO SOB A ÓTICA DAS
MULHERES QUE VIVENCIAM A AMAMENTAÇÃO**

VITÓRIA – ES

2014

SUZANA HARA PINHO

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: O
PAPEL ASSISTENCIAL DO BANCO DE LEITE HUMANO SOB A ÓTICA DAS
MULHERES QUE VIVENCIAM A AMAMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Luiz Henrique Borges

VITÓRIA – ES

2014

SUZANA HARA PINHO

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

- S564p Pinho, Suzana Hara, 1959-
Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno : o papel assistencial do banco de leite humano sob a ótica das mulheres que vivenciam a amamentação / Suzana Hara Pinho. – 2014.
106 f. il.
- Orientador: Luiz Henrique Borges.
- Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
1. Aleitamento materno. 2. Políticas públicas. 3. Bancos de leite. I. Borges, Luiz Henrique. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: O
PAPEL ASSISTENCIAL DO BANCO DE LEITE HUMANO SOB A ÓTICA DAS
MULHERES QUE VIVENCIAM A AMAMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 10 de Julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientador

Profa Dra Déa Márcia Barroso Cordeiro
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Profa Dra Raquel de Matos Lopes Gentili
Escola Superior da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM

AGRADECIMENTOS

Ao amigo, Professor Doutor José Carlos Netto Ferreira, pelas referências de valores e potenciais profissionais e pessoais.

À Professora e ex-Coordenadora da Pós-Graduação EMESCAM, Dra Sissa Ramos, pelo incentivo e apoio num momento em que necessitei acreditar em minhas possibilidades.

Ao Coordenador do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local/EMESCAM, Professor Doutor César Albenes de Mendonça Cruz, pela postura humana e ética que representaram confiança e fé em minhas aspirações.

Ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Henrique Borges, pela paciência e excelência na orientação ao estudo, e pelo comprometimento de atenção aos meus propósitos de realização profissional, científica e pessoal.

À amiga, Professora Doutora Déa Márcia Barroso Cordeiro, pelo exemplo de caráter e profissionalismo com justiça e sensibilidade.

À Coordenadora do Centro de Referência Estadual BLH-HUCAM, Professora Mônica Barros de Pontes, e a toda a sua equipe, pelo compartilhamento de amizade e compromisso de assistência em saúde.

À minha mãe, Doralice Hara Pinho, pelo muito amor e pela VIDA.

A cada pequeno paciente e suas mães, pelo aprendizado e pela oportunidade de fazer de mim um ser humano melhor.

A todos os passantes em minha caminhada que me acrescentaram experiência seja pelo amor ou pela dor.

Mas, sobretudo, a todas as pessoas que estiveram presentes, e que me ensinaram e compartilharam vida com amor, pois me trouxeram o sentido de existir.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

RESUMO

Compreendendo a importância da articulação das dimensões práticas e afetivas dos profissionais de saúde com as mulheres lactantes, diante de seu contexto sociocultural, para promover a facilitação do conhecimento, aprendizado e apoio na superação das dificuldades relacionadas ao processo da amamentação, o estudo teve por objetivo conhecer as representações sociais das mulheres acerca da assistência oferecida pelo Banco de Leite Humano (BLH), tendo por princípio a pertinência inquestionável de que os BLH estão integrados às questões de êxito relacionadas às ações elencadas pelas políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno. Com este propósito, elegeram-se os pressupostos da pesquisa qualitativa como abordagem metodológica mais adequada à compreensão da mulher em suas motivações, opiniões, valores e expectativas, bem como suas relações com os propósitos de ações na assistência para promoção e apoio no estabelecimento da amamentação. A pesquisa foi realizada no BLH vinculado ao Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), situado no município de Vitória, que se constitui em uma instituição docente-assistencial da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e os sujeitos do estudo foram selecionados a partir dos atendimentos prestados no segundo trimestre de 2014, sendo compostos por um total de 10 mulheres com dificuldades iniciais de estabelecimento da amamentação, de recém-nascidos não gemelares, a termo e adequados para a idade gestacional. O núcleo central das representações sociais acerca do significado da assistência oferecida pelo BLH aponta para a valorização de uma metodologia de assistência, destacando-se as ações de acolhimento, informação, demonstração, afeto, paciência e compromisso. A assistência pelos profissionais do BLH ganha reconhecimento de satisfação e qualidade de resultados quando se acrescenta dos referenciais da atenção e do aconselhamento em amamentação, mostrando imediata efetividade pela sensação de segurança, conhecimento e empoderamento pelas mulheres na complexidade da amamentação. A avaliação da assistência prestada pelo BLH pode oportunizar a uma maior compreensão dos fatores relacionados às demandas das lactantes, transformando positivamente sua experiência em amamentar e prevenindo muitos casos de desmame precoce, desenhando sua importante contribuição como política pública de redução da mortalidade infantil, promoção de saúde e incontestáveis benefícios humanos a curto e longo prazos.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Representação social. Bancos de leite. Políticas públicas.

ABSTRACT

Understanding the importance of articulating the practical and affective dimensions of health professionals with breastfeeding women, before their sociocultural context, to promote the facilitation of knowledge, learning and support in overcoming the difficulties related to the process of breastfeeding, the study aimed the social representations of women on the assistance offered by the Human Milk Bank (HMB), with the unquestionable relevance of the principle that the BLH are integrated issues of success related to the actions listed for public policies to promote breastfeeding. For this purpose, elected the assumptions of qualitative research as the most appropriate methodological approach to understanding the woman in their motivations, beliefs, values and expectations, as well as its relations with the purposes of care actions to promote and support the establishment of breastfeeding. The survey was conducted in HMB linked to University Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), located in Vitória, which constitutes a teaching care institution of the Federal University of Espírito Santo (UFES) and the study subjects were selected from services rendered in the second quarter of 2014, being composed of a total of 10 women with initial difficulties of establishing breastfeeding, not twin newborns at term and appropriate for gestational age. The core of social representations about the significance of the assistance offered by BLH points to the valuation methodology assistance, highlighting the actions of reception, information, demonstration, affection, patience and commitment. The assistance by professionals from the HMB wins recognition satisfaction and quality of results when adding the references of care and breastfeeding counseling, immediate effectiveness by showing sense of security, knowledge, and empowerment of women in the complexity of breastfeeding. Assessment of assistance provided by BLH can create opportunities for greater understanding of the factors related to the needs of lactating positively transforming their breastfeeding experiences and preventing many cases of early weaning, drawing his important contribution as a public policy of reducing child mortality, promoting human health and indisputable benefits in the short and long term.

Keywords: Breastfeeding. Social representation. Milk banks. Public policies.

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMC	Aleitamento Materno Complementado
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
BLH	Banco de Leite Humano
CREBLH	Centro de Referência Estadual em BLH
CRNBLH	Centro de Referência Nacional em BLH
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MMC	Método Mãe-Canguru
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes
NCAL	Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes
NUAM	Núcleo de Aleitamento Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMI	Programa Materno Infantil
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
RedeBLH	Rede Nacional de Bancos de Leite Humano
RN	Recém-nascido
RS	Representações Sociais
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SMAM	Semana Mundial de Aleitamento Materno
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1 1
1.1 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	12
1.2 DEFINIÇÃO DO OBJETO.....	16
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 O CONTEXTO HISTÓRICO-CULTURAL DA AMAMENTAÇÃO.....	18
3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL.....	20
4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL.....	25
4.1 OS EIXOS PRIORITÁRIOS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	32
4.1.1 Atenção básica.....	32
4.1.2 Atenção hospitalar.....	33
4.1.3 Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RedeBLH).....	34
4.1.4 Proteção legal ao aleitamento materno.....	35
4.1.5 Mobilização Social.....	36
4.1.6 Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno.....	37
5 IMPLANTAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE NO BRASIL.....	39
5.1 IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO NO HUCAM E AÇÕES EM ALEITAMENTO MATERNO.....	43
5.2 O PASSO A PASSO DO ATENDIMENTO CLÍNICO.....	46
5.2.1 O atendimento clínico no HUCAM.....	47
6 METODOLOGIA.....	50
6.1 O CONCEITO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA SOCIOLOGIA CLÁSSICA.....	50
6.2 CONTEXTO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	53
6.2.1 Local do estudo.....	54
6.2.2 Sujeitos do estudo.....	54
6.2.3 Processo de obtenção dos dados.....	55
6.2.4 Aspectos éticos.....	56
6.2.5 Análise dos dados.....	56
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58

7.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	58
7.2 EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM AMAMENTAÇÃO.....	64
7.3 O QUE PENSA SOBRE A AMAMENTAÇÃO.....	68
7.4 MOTIVOS QUE LEVARAM A PROCURAR O BANCO DE LEITE HUMANO.....	74
7.5 ASSISTÊNCIA OFERECIDA PELO BLH NA EXPERIÊNCIA ATUAL.....	78
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES.....	97
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
APÊNDICE B – Questionário.....	99
APÊNDICE C – Roteiro semi-estruturado.....	101
ANEXO.....	102
ANEXO A – Autorização para a pesquisa.....	103
ANEXO B – Autorização pesquisa CEP – EMESCAM.....	104

1 INTRODUÇÃO

Durante toda a minha vivência profissional como neonatologista, encontrei no aleitamento materno uma prática humanizada e essencial à sobrevivência com a melhor expectativa de qualidade para os pequenos personagens que estiveram sob meus cuidados, sobretudo aqueles que lutaram bravamente em Unidades de Terapia Intensiva, ou ainda com os desafios sociais, econômicos e políticos em nosso país.

Em minha trajetória profissional, desde o final da década de 70 e início dos anos 80, pude observar as transformações sociais e seus contornos econômicos e políticos no processo de políticas públicas voltadas ao incentivo do aleitamento materno, com o crescente interesse de estudos científicos às evidências incontestáveis de seus benefícios na saúde da mulher e da criança, como também das questões relacionadas à assistência e ensino em amamentação, que passaram a incluir a vivência da mulher que amamenta na elaboração de ações que possam favorecer a proteção e o apoio para esta prática.

Minhas funções, inicialmente em terapia intensiva, caminharam em sentido contrário à tecnologia crescente, se voltando às práticas assistenciais no Alojamento Conjunto e para a capacitação dos acadêmicos de medicina nos cuidados das duplas de mães/bebês, o que me permitiu uma reavaliação dos conhecimentos adquiridos até então para incorporar e desenvolver novas estratégias na abordagem da anamnese e exame físico, englobando a construção sociocultural dos fatores que permeiam o processo da amamentação.

Assim, a assistência clínica de promoção e apoio ao aleitamento materno sempre me conduziu a uma análise reflexiva no processo de educar/orientar assumindo uma atitude de compromisso humanizado onde as ações de intervenção centradas na mãe pudessem ser compartilhadas e compreendidas para favorecer o processo da amamentação com uma apreciação das complexidades do seu cotidiano, na tentativa de atender às dificuldades do ser humano mulher que adiciona um novo papel ao seu contexto de vida.

A partir de uma relação de proximidade empática, meu objetivo sempre foi o de estabelecer uma referência de conhecimento e ajuda nesta tarefa de promover a saúde e a sobrevivência, onde muitas vezes precisei buscar junto à mãe uma opinião de cuidados ao seu filho, considerando as suas possibilidades socioeconômicas e procurando adequar minhas condutas às suas expectativas, vivências e conceitos culturais.

Na minha experiência e auto-avaliação profissional, a fundamentação da relação de um vínculo de confiança no meu trabalho associada à compreensão compartilhada para a tomada de condutas nas decisões da mulher, sempre me trouxeram a percepção de uma possibilidade real de maior efetividade de resultados.

Mais recentemente fui transferida para o Banco de Leite Humano (BLH), onde pude observar em suas atribuições de promoção e apoio ao aleitamento materno uma mesma atenção voltada aos cuidados de assistência humanizada/compartilhada que me nortearam as condutas, onde a capacitação e qualificação de seus profissionais priorizam a intervenção de manejo clínico à lactação com o aconselhamento em amamentação, favorecendo uma abordagem assistencial às questões culturais e emocionais específicas da mãe/nutriz e da mulher.

1.1 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

Os BLH no Brasil se configuram em locais privilegiados de ações estratégicas de política pública de saúde voltada ao incentivo da amamentação, apresentando um planejamento de atuação participativa e um modelo de gestão cuja excelência determinou os alicerces da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RedeBLH), que tem como objetivo primordial somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil.

Em seu processo de trabalho, sua principal atribuição assistencial consiste no atendimento às mães de bebês prematuros com baixo peso para estimular a produção láctea e na captação de doadoras, com a finalidade de coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição de leite humano, para garantir a sua oferta como a primeira opção de alimento para os recém-nascidos doentes ou não, especialmente àqueles internados em unidades hospitalares, contribuindo com a prevenção de doenças e a redução da mortalidade infantil. A assistência clínica estende-se ainda ao atendimento das duplas de mães- bebê sob regime de alojamento conjunto com maiores dificuldades no estabelecimento da lactação ou em qualquer momento de dúvida ou insegurança durante a manutenção do aleitamento materno.

A implementação de políticas públicas promovidas pelo governo brasileiro, das quais a RedeBLH constitui um dos eixos prioritários para o desenvolvimento de ações em aleitamento materno, tem concorrido ao aumento das taxas de amamentação. Entretanto, uma tendência latente ao desmame é observada historicamente na sociedade, compreendendo a

amamentação como uma categoria híbrida com uma pluralidade de fatores condicionantes à sua prática. (ALMEIDA, 2004)

A partir do reconhecimento dessa dimensão de pluralidade dos fatores que condicionam a prática da amamentação, novos estudos têm procurado explicações para a tendência ao desmame, considerando a perspectiva da mulher. Particularmente nesta última década, no sentido de alcançar uma melhor compreensão das questões relacionadas à prática da amamentação, outras disciplinas passaram a inserir abordagens antropológicas, sociais e psicológicas, ampliando o conceito do aleitamento em sua dimensão histórica e cultural, numa visão com abrangência interdisciplinar. (SILVA, 1997)

Inúmeros outros fatores, interagindo de forma positiva ou negativa na vivência das dificuldades na amamentação, têm sido descortinados relevando uma ambiguidade de sentimentos que, na concepção social, pode configurar o aleitamento entre o querer e o poder, e entre o fardo ou desejo. (ARANTES, 1995; RAMOS; ALMEIDA, 2003; SILVA, 1990)

O estudo qualitativo de Ramos e Almeida (2003), diante das diferentes alegações maternas na justificativa do desmame, identificou duas questões presentes em todos os momentos das entrevistas: a solidão e a necessidade de apoio no processo da amamentação, sobretudo nas fases iniciais de estabelecimento da lactação. Estes sentimentos se reportam ao sentido de contar com o suporte de outras pessoas a ela relacionadas para lidar com a insegurança e a ansiedade, apresentadas pela configuração real de algo novo e desconhecido. Partindo desse entendimento, os autores apontam para a necessidade da reavaliação de novos valores culturais em favor da amamentação, com uma postura dirigida ao aprendizado pela mulher, considerando os condicionantes socioculturais a ela atrelados.

Na assistência de orientações e incentivo ao aleitamento, o profissional de saúde constitui uma referência nas representações de apoio para a mulher e seu filho, com possibilidades de **atuação multiprofissional** durante o pré-natal, parto, puerpério e no seguimento ambulatorial, em conformidade à dinâmica da metodologia proposta pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), cuja política consiste nas ações de cuidados de saúde voltadas para o aleitamento materno, padronizados na construção de uma diretriz única de condutas, investindo na atuação de educação em amamentação, treinamento de profissionais e aconselhamento em amamentação. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1989)

Vários estudos realizados destacam a importância do papel dos profissionais de saúde na prevenção e manejo dos problemas decorrentes da amamentação, especialmente no estabelecimento da lactação, a exemplo do ingurgitamento mamário e dos traumas mamilares, fonte de sofrimento para as nutrizes/lactantes e facilitadores ao desmame precoce. (GIUGLIANE, 2004)

Também importante na efetividade da assistência em amamentação está o reconhecimento da necessidade do relacionamento mãe/profissional fortalecido pela empatia e compreensão no ouvir, promovendo autoconfiança e autoestima à lactante e preparando-a para a tomada de decisões. (BUENO; TERUYA, 2004)

De forma semelhante, é relevante compreender que muitas vezes as queixas de ordem biológicas podem estar traduzindo racionalmente certas dificuldades enfrentadas pelas mulheres isentas de apoio e diálogo. (ADESSE, 1994)

Estudos qualitativos dirigidos à vivência da mulher que amamenta mostram a necessidade de **conhecimento** e **apoio** por parte das mães, revestindo a importância do papel do companheiro, da família e da sociedade. Entretanto, todos os estudos reforçam a necessidade de uma reavaliação de condutas dos profissionais de saúde para a sua orientação em amamentação, que mantém uma tendência reducionista de assistência dirigida aos aspectos biológicos, cujo discurso é pautado em regras e normas que não atendem às necessidades reais das lactantes. (ARANTES, 1995)

Nakano (2003), em suas avaliações da representação materna na vivência da amamentação, também faz uma observação sobre o cotidiano dos profissionais de saúde que desconsideram os condicionantes sociais, com uma referência assistencial em amamentação dirigida aos aspectos biológicos.

Sendo o aleitamento materno uma prática biologicamente determinada atrelada à complexidade de seus condicionantes sociais, culturais, econômicos e políticos, configura-se importante a **avaliação dos serviços de saúde** prestados à mulher no processo da amamentação, esperando identificar as concepções das lactantes sobre o ato de amamentar para prepará-las nas suas decisões com uma qualidade de assistência que possa atender às suas reais necessidades.

Na observação do delineamento histórico das políticas públicas em aleitamento materno nestas últimas décadas podemos destacar inúmeros progressos sociais nas ações de promoção, proteção e apoio. Entretanto, apesar das evidências dos benefícios insubstituíveis da amamentação para a saúde da mulher e da criança e dos inúmeros estudos que apontam para a importância assistencial das orientações (habilidades práticas) e do apoio (vínculo emocional) para o sucesso da amamentação, as taxas de aleitamento materno se apresentam aquém das metas consideradas como bom indicador de aleitamento materno segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS). (BRASIL, 2009a)

De outra forma, ainda que alcançados os objetivos em aleitamento materno, a continuidade e o monitoramento de suas atividades assistenciais a nível individual e coletivo serão sempre de fundamental importância na manutenção de seus propósitos.

Apesar dos esforços empreendidos pelos programas governamentais na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nestes últimos 35 anos, a evolução histórico-cultural da assistência clínica às práticas da amamentação, com uma abordagem dirigida à sua complexidade multifatorial e à articulação com a realidade sociocultural das mulheres, ainda resulta numa lacuna onde se faz necessária uma constante avaliação sob a ótica da perspectiva das mulheres, com uma postura de valorização da subjetividade feminina nas dimensões do ser mãe, nutriz e mulher.

Assim, considerando-se as diferentes complexidades que o processo do aleitamento materno aponta como desafios à amamentação, para além de seus determinantes biológicos, contemplando os seus condicionantes socioculturais, configura-se a dimensão do assistir em amamentação, buscando identificar as percepções das mulheres sobre o ato de amamentar e a representação do atendimento profissional nesta vivência, no sentido de prepará-las nas suas decisões com uma qualidade de assistência que venha a compreender as suas ideologias e os determinantes das condições concretas do cotidiano.

Diante do exposto, pode se considerar que as ações voltadas para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno devem estar revestidas de um modelo que incorpore a subjetividade e a individualidade maternas privilegiando uma qualidade que efetivamente favoreça as suas expectativas e necessidades.

Partindo dessa premissa surgiu o interesse em saber como essa política acontece na realidade do Banco de Leite Humano mediante o questionamento da percepção das usuárias acerca da

assistência oferecida por este serviço, buscando compreender as representações sociais da mulher em suas motivações, opiniões e expectativas nas relações com os propósitos de ações na promoção e apoio no estabelecimento da amamentação.

1.2 DEFINIÇÃO DO OBJETO

O objeto de estudo busca um conceito que permita uma abordagem abrangente à lógica na construção das experiências e dificuldades culturais, concretas e imaginárias da amamentação, procurando identificar os aspectos positivos e negativos relativos à assistência oferecida, de forma a permitir uma articulação com as situações significativas do ponto de vista das mães/usuárias, especialmente na influência para o estabelecimento da amamentação.

A compreensão das vivências, conceitos, ideologias e expectativas da mulher como participante alvo do atendimento profissional nas ações de políticas públicas direcionadas ao aleitamento materno constitui dimensão importante para uma avaliação dos propósitos e efetivação dessas políticas acerca do papel na assistência clínica prestada pelo BLH durante o período de estabelecimento da lactação.

Assim, como hipótese básica do estudo, acredita-se que a orientação e o acolhimento advindos da atenção clínica do BLH-HUCAM possibilitam a compreensão do processo de amamentação, a superação das dificuldades e a incorporação de uma atitude facilitadora e favorecedora à amamentação por parte das mães/usuárias que procuraram o serviço.

2 OBJETIVOS

Uma vez definido o objeto de estudo, os objetivos foram naturalmente estabelecidos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o papel da assistência clínica oferecida pelo Banco de Leite Humano de um Hospital Universitário na vivência da amamentação, durante o processo de estabelecimento da lactação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Situar historicamente as políticas públicas de aleitamento materno bem como a implantação dos Bancos de Leite Humano no Brasil e no Hospital referenciado no estudo.
- Conhecer as representações sociais das mulheres acerca do papel da assistência clínica oferecida pelo Banco de Leite Humano de um hospital universitário na vivência da amamentação.

3 O CONTEXTO HISTÓRICO-CULTURAL DA AMAMENTAÇÃO

Avaliando-se o contexto histórico da prática do aleitamento materno, observamos que, apesar dos predicativos da amamentação natural como fenômeno biológico e de suas vantagens na formação do vínculo afetivo entre a mãe e o seu filho, sua dinâmica foge ao conceito do ato humano instintivo, materno e natural, mostrando que as experiências e recomendações do aleitamento materno sofreram oscilações ao longo dos séculos, com uma relação sociocultural em diferentes contextos históricos, assumindo uma variação de significados de comportamento adaptados aos costumes e à realidade cultural das diversas sociedades. (ALMEIDA, 2004)

Assim sendo, a prática do aleitamento materno sugere absorver influências tanto das modificações e adaptações biológicas e hormonais da mulher quanto do condicionamento de valores culturais e históricos assimilados no processo de socialização, de sua relação com as experiências e limitações individuais do comportamento humano e dos desafios e dificuldades inerentes aos determinantes sociais e culturais particulares de cada população no seu processo organizacional e evolutivo. (SILVA, 1997)

As políticas e programas de incentivo ao aleitamento materno, associados ao crescente conhecimento de amplitude variada com inúmeros estudos e pesquisas voltadas para as realidades internacionais e nacionais, têm resultado em subsídios importantes de monitoramento para a avaliação e o diagnóstico dos elementos de impedimento para o alcance das metas desejadas. As experiências apresentadas pela literatura científica mostram que é possível aumentar os índices de amamentação exclusiva de forma significativa a partir da observância dos principais obstáculos que dificultam a sua prática. (GIUGLIANE, 2010)

Contemplando os aspectos que influenciam positivamente a prática da amamentação destacam-se a conscientização e o conhecimento dos profissionais de saúde, dos gestores e da comunidade, a qualificação da assistência com vistas aos aspectos socioculturais, o apoio familiar e o suporte comunitário. (GIUGLIANE, 2010)

Dentre os principais desafios a serem considerados podemos incluir ainda a ampla diversidade socioeconômica e cultural entre as regiões do nosso continente. Portanto, a avaliação dos comportamentos e tradições regionais na assistência, orientação e educação para a amamentação devem estar envolvidas nas estratégias voltadas ao aleitamento materno.

Assim, o profissional de saúde tem um papel fundamental na intervenção para a implementação das estratégias em políticas públicas de promoção e apoio à amamentação, procurando aliar os conhecimentos científicos a uma proposta que possa identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar de modo a contemplar a perspectiva materna.

A habilidade pessoal para o apoio, prontidão para a atuação e a qualidade do conhecimento técnico necessário para atuar com rigor estão entre os elementos que, quando bem combinados, investem o profissional de saúde de uma grande importância nesse círculo de suporte assistencial, destacando-se cinco níveis de apoio à mulher, quais sejam: a família, a rede social, o local de trabalho, a adequação do tempo de licença maternidade e a legislação sobre a comercialização de bicos, chupetas, mamadeiras e fórmulas infantis. (CASSAB et al., 2010)

Outra perspectiva a ser considerada quando se avaliam os indicadores de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) consiste nas estratégias de **intervenção assistencial precoce** durante o pré-natal e **nas primeiras semanas após o parto**, que representam o período de maior abandono da amamentação exclusiva. As intercorrências relacionadas ao período de estabelecimento da lactação se traduzem em dor, desconforto e insegurança, constituindo um momento de novos desafios em virtude das modificações fisiológicas do processo do aleitamento materno associado à realidade das demandas e dos cuidados impostos pelo recém-nascido, em contraposição às ideologias maternas antes do nascimento. Neste aspecto, o profissional de saúde pode representar uma grande diferença na experiência materna como referencial para o conhecimento e aprendizado nas dificuldades relacionadas à amamentação e ainda, no estabelecimento do vínculo emocional e adaptação aos cuidados de suprimento às necessidades do bebê, que se constituem em elementos de fundamental importância na decisão da mulher em amamentar. (GIUGLIANE, 2004)

A implantação das políticas e programas de saúde demanda um processo de mudança de hábitos e concepções que no contexto de uma realidade capitalista, onde o acesso à educação social e política é benefício de uma pequena parcela da sociedade, apresenta uma evolução gradativa, necessitando tempo, constância e continuidade.

Tão importante quanto os conhecimentos e pesquisas dos aspectos fisiológicos e biológicos em amamentação revela-se a observância dos aspectos qualitativos que contemplam a

perspectiva das mulheres, que muito tem contribuído para a abordagem do aleitamento materno sob a ótica do alcance das mudanças de comportamento e conceitos, envolvendo a parceria da sociedade organizada, dos profissionais de saúde e dos órgãos governamentais.

Neste contexto, as campanhas e programas implementados mais recentemente têm apresentado em comum uma fundamentação que busca modificar comportamentos, e de alguma maneira, permeando os interesses políticos e econômicos às políticas dirigidas ao aleitamento, sinalizando uma distinção e valorização não apenas do quantitativo, mas dos aspectos qualitativos da amamentação. (JAVOSRKI, 2011)

Assim, será feita uma breve revisão do contexto histórico da amamentação buscando reavaliar a importância das influências socioculturais e político-econômicas envolvidas na evolução dos conceitos atribuídos à amamentação ao longo dos tempos para a compreensão do estabelecimento de uma nova ordem social de configuração na implementação das políticas públicas em prol do aleitamento materno. (ALMEIDA, 2004)

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

No Brasil, à época de seu descobrimento, o ato de amamentação ao seio pela mãe era comum na sociedade indígena tupinambá, denotando surpresa aos colonizadores portugueses e, provavelmente, sendo interpretado como um ato natural e instintivo, uma vez que essa forma de amamentação era considerada como uma prática proscria e imprópria às sociedades civilizadas arraigadas aos hábitos culturais europeus. (SILVA, 1990 apud ALMEIDA, 1999, p. 29)

Na sociedade indígena, o regime alimentar da criança acompanhava o desenvolvimento de sua marcha, sendo a alimentação basicamente restrita ao seio por todo o período em que esta dependia de colo, inclusive durante as jornadas de trabalho. Com o auxílio de uma tipóia para atar a criança ao peito, a índia conseguia harmonizar seu duplo papel: de mãe-nutriz e mulher-trabalhadora. O desmame se restringia apenas a situações especiais de morte ou doença materna grave, ou nos casos de crianças indesejáveis pela tribo, como no caso de mulheres inimigas ou que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro. (SILVA, 1990 apud ALMEIDA, 1999, p.29)

Neste período, a amamentação mercenária consistia em uma prática socialmente instituída na Europa, e os filhos das mulheres pertencentes às classes dominantes eram aleitados pelas camponesas da periferia, que tinham esta função por profissão. Tal comportamento tendia a ser copiado pelas demais classes como forma de distinção social. Assim, os colonizadores introduziram no Brasil a cultura do desmame, onde as índias cunhãs eram incumbidas na tarefa do aleitamento das crianças das mulheres de classes sociais elitizadas, sendo posteriormente substituídas pelas escravas africanas, impondo a estas o desmame de seus filhos em favor da amamentação à criança branca. (FREYRE, 1978 apud ALMEIDA, 1999, p. 30)

Com a urbanização crescente, ampliou-se a figura das amas-de-leite entre as demais camadas sociais trabalhadoras e, conseqüentemente, o aparecimento da mãe-preta de aluguel (COSTA, 1983) e a introdução do aleitamento mercenário no Brasil, onde o lucro com a comercialização do leite destinava-se ao proprietário das amas-escravas.

Por volta dos séculos XVII a XVIII, os gastos financeiros para manutenção desta prática resultavam na privação das crianças em receber o leite de sua própria mãe, ou ainda em doenças e abandono materno por falta de condições para criá-las, acarretando um crescente aumento da mortalidade infantil, em cerca de 20 a 30%, durante o primeiro ano de vida. (BOSI; MACHADO, 2005)

Desta forma, a estratégia mercantilista do capitalismo antecedeu historicamente o desmame precoce muito antes dos substitutos industrializados e suas estratégias de *marketing*. (ALMEIDA, 1999)

A sociedade abastada no Brasil, desde o seu descobrimento em 1500 até 1700, sofreu influências da cultura européia, configurando sua dominância sobre os princípios culturais indígenas e africanos. Isto corroborou, durante os séculos XVI e XVII, com alguns julgamentos e condutas médicas que não favoreciam a prática do aleitamento materno, havendo por parte da mulher o conceito de que a amamentação espoliava o seu corpo e a tornava mais velha antes do tempo, aliada a outras concepções culturais que imputaram à mulher negra uma apropriação de sua capacidade de reproduzir e amamentar. (COSTA, 1983)

O comportamento dessas mulheres privilegiadas tendia a ser uma referência às demais classes como uma característica de destaque social. A importância do fator econômico no procedimento e nas condutas desfavoráveis à amamentação era regida pelo peso de

convenções e julgamentos da sociedade, que considerava a amamentação uma condição prejudicial fisicamente à mulher, e igualmente, uma ocupação indigna e sem valor moral, isentando-as de culpabilidade. (BADINTER, 1985, p. 85)

Assim sendo, no período colonial o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção a saúde da população, difundindo-se o comportamento que envolvia a **prática das amas-de-leite**, influenciado pelos costumes europeus trazidos pelos portugueses. (ALMEIDA, 1999)

A maternidade para a mulher de classes abastadas no Brasil começou a ser valorizada apenas a partir do século XIX, decorrente das transformações socioeconômicas trazidas pelo capitalismo e pelo crescimento urbano. Em decorrência de uma reciprocidade de interesses entre a medicina, que almejava a sua independência, e o Estado, que buscava uma estratégia de controle da população, instituiu-se a introdução dos médicos na vida privada das famílias. Tendo por objetivo a redução da mortalidade infantil e a saúde das crianças, estes passaram a introduzir novas regras e conceitos, normatizando a **puericultura e a moral higiênica**. Assim, os higienistas reconstituíram socialmente a ordem natural do instinto materno, moldando o comportamento acerca da alimentação infantil com ênfase ao aleitamento pela mãe biológica. (COSTA, 1983)

Neste cenário, o aleitamento materno passa a viabilizar o estabelecimento de uma relação de interesses entre o Estado e a medicina na redução dos índices da mortalidade infantil, ao embutir, com o respeito à saúde infantil, a garantia da mão de obra e a sustentabilidade para o crescente capitalismo exportador. (ALMEIDA, 1999)

Por um aspecto positivo, a **puericultura** passa a ocupar um importante espaço no Brasil com a mudança do paradigma do papel materno em relação ao aleitamento, atendendo ao novo modelo de identidade social constituído pelo **movimento higienista** e apresentando um referencial imprescindível para disciplinar a família. Entretanto, apesar do fortalecimento da amamentação enquanto promotora do aleitamento materno, os padrões adotados utilizavam com rigor a exigência do aleitamento materno e responsabilizavam a mãe pelo seu sucesso, com a **imposição de um novo papel social da nutriz** onde o aleitamento natural é referenciado como um direito da criança e um dever sagrado da mulher. (COSTA, 1983)

Desta forma, **a amamentação é representada unicamente sob seu aspecto biológico**, com a normalização e a medicalização relacionadas ao ato de amamentar sem o conhecimento e embasamento científico abrangente aos aspectos psicossociais que permeiam o aleitamento

materno, transformando a lactação em uma *patologia materna*, culminando com a justificativa do desmame precoce pautado no conceito do *leite fraco*, e posteriormente na hipogalactia. (ALMEIDA, 1999)

Esta argumentação clínica do leite fraco conduzindo ao desmame precoce traduz em si a realidade da **incapacidade do profissional de saúde** para lidar com o manuseio clínico da lactação e seus desafios na prática clínica, sobretudo na abordagem dos conceitos de promoção e apoio intimamente ligados à prática da amamentação. (SILVA, 1990)

Assim, apesar dos esforços no sentido da promoção do aleitamento materno, **o desmame precoce foi registrado mundialmente**, tendo seu início na Europa no final do século XIX, coincidindo com a II Revolução Industrial e intensificando-se no século XX, após a Segunda Guerra Mundial.

Com os avanços tecnológicos, a indústria do leite conseguiu manusear com relativa segurança higiênica e sanitária o leite de vaca, aperfeiçoando as técnicas de esterilização e adaptando-o progressivamente às necessidades nutricionais infantis e influenciando o mercado pelas propagandas das multinacionais que incorporaram a ideologia de que o leite artificial se superava em vantagens ao aleitamento materno. As **estratégias de divulgação e marketing dos “substitutos” do leite materno comprometeram a mudança de hábitos** e culminaram com a sua aceitação pela população e pelos profissionais de saúde. (VINHA; SCOCHI, 1989; ARAÚJO et al., 2006)

Como um dos importantes determinantes ao abandono da prática do aleitamento natural, neste mesmo período observou-se a **entrada efetiva da mulher no mercado de trabalho**. A migração da população rural para as cidades e a ausência das mães devido aos longos períodos de trabalho nas indústrias contribuíram para a aceitação dos leites industriais maternizados, tanto pela facilidade de seu preparo quanto por uma mudança social alternativa e necessária para suprir as jornadas de trabalho. (GOLDENBERG, 1988)

Nesta época, sob a influência das campanhas e propagandas industriais dos leites artificiais, considerados substitutos do leite humano confiáveis cientificamente, **implantou-se um novo conceito de comportamento da sociedade: a cultura da mamadeira**, onde o *marketing* de intermediação entre a produção e o consumo passou a criar uma nova prática de cultura social. (GOLDENBERG, 1988)

Com a redução da taxa de natalidade nos países europeus, as indústrias de fórmulas artificiais infantis se voltaram para os países de baixa renda, onde o número de nascimentos sempre foi elevado, visando o interesse da manutenção de seus lucros. A partir da instalação da prática do aleitamento artificial observou-se uma elevação significativa das taxas de mortalidade infantil, sobretudo nos países do terceiro mundo. (ORLANDI, 1985)

Em 1974, o jornalista inglês Mike Müller publicou um artigo denunciando os prejuízos provocados pela alimentação artificial em lactentes, acusando as multinacionais produtoras de leite como colaboradoras responsáveis pela elevação das mortes infantis nos países pobres. *The baby killer* (O matador de bebês), título conferido ao artigo, trouxe incentivo ao início de um movimento mundial contra a propaganda indiscriminada dos leites em pó. (MÜLLER, 1974)

Durante a década de 70 o Brasil experimentava o período da ditadura militar, com violenta repressão aos movimentos sociais e partidários. Os trabalhadores tiveram seus salários reduzidos, com a exploração da mão de obra pelo acréscimo das horas trabalhadas para produção da mais-valia, possibilitando o milagre brasileiro de crescimento econômico. Entretanto, com o desaquecimento da economia pela crise do petróleo no início desta década, o aumento da emigração dos trabalhadores assalariados das áreas rurais para as urbanas agravou o universo das desigualdades sociais, com **aumento significativo nas taxas de desnutrição** e conseqüentemente, **da mortalidade infantil**. (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; HABERT, 2001)

Assim, em resposta ao abandono da prática da amamentação e suas conseqüências de impacto negativo para a saúde da criança, com aumentos expressivos na mortalidade infantil, tendo em vista a utilização indiscriminada e mercadológica dos leites industrializados como forma preferencial de alimentação à criança pequena, emerge a necessidade premente de políticas públicas com ações e implementação de leis e serviços direcionados à retomada do aleitamento materno e seu amplo referencial de superioridade aos seus substitutos.

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, as iniciativas em saúde pública restringiam-se à vigilância do exercício profissional e à realização de campanhas limitadas. (BRAVO, 2013)

As principais intervenções em políticas públicas de saúde adotadas no início do século XX privilegiavam as campanhas sanitárias e a criação de serviços de combate às endemias (1930-40), sendo posteriormente direcionadas ao quadro das doenças infecciosas e parasitárias e às elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil. (BRAVO, 2013)

A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras no que se refere à assistência na saúde mediada pela interferência estatal só vai ocorrer no Brasil a partir do século XX, mais efetivamente na década de 30. (BRAVO, 2013)

As alterações necessárias a partir da década de 30 do século XX se constituem num reflexo do processo de industrialização crescente, com a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. (BRAVO, 2013)

No início do século XX, a mortalidade infantil de grandes proporções nas classes populares constituiu-se em uma preocupação social, no momento em que as elites econômicas, políticas e sociais passaram a considerar essas gerações futuras como mão de obra fundamental ao projeto de uma nação em crescimento. No sentido de fornecer um desenvolvimento físico e mental adequado às crianças pobres sob precárias condições de sobrevivência, impõe-se a necessidade de uma nova ordem social brasileira com a organização de associações de proteção à criança, assistência médica às gestantes e aos seus filhos, disponibilizando medicamentos, alimentação e informações sobre os cuidados básicos de saúde e higiene. (SOUZA, 2013)

Paralelamente, na década de 20, inicia-se a promoção de congressos e encontros, tendo por objetivo exercer pressão política para a criação de leis dirigida à assistência infantil pública e privada, sob a responsabilidade do Estado. (SOUZA, 2013)

O **primeiro programa estatal** de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi instituído durante o Estado Novo, como resultado de debates realizados na Conferência Nacional de Proteção à Infância, em 1933, resultando na criação da Diretoria de Proteção à

Maternidade e à Infância. Suas atividades foram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), e posteriormente delegadas ao **Departamento Nacional da Criança** (DNCr), criado em 1940, com ênfase à programas alimentar, educativo, formação de pessoal e imunização. (BRASIL, 2011a)

Com o desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde, em julho de 1953, a responsabilidade da assistência materno-infantil passa a ser incorporada pelo Ministério da Saúde (MS). Em 1970 foi criada a **Coordenação de Proteção Materno-Infantil** (CPMI) vinculada à Secretaria de Assistência Médica, tendo como atribuições planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 do Diário Oficial da União. (BRASIL, 1970)

Considerando-se que a colonização de nosso país data de pouco tempo em relação à história de outras civilizações, como a exemplo dos países europeus, observa-se que a apresentação das políticas sociais encontrou-se inicialmente voltada para um processo assistencial, e não de implantação e consolidação de programas de políticas públicas mais abrangentes.

Ainda no período da década de 70, o país encontrava-se em sérias dificuldades econômicas, com a queda do salário real e reflexos na qualidade de vida da população. Assim, as ações políticas governamentais de saúde materno-infantil estavam dirigidas ao atendimento médico-hospitalar com enfoque limitado e direcionado para atender à urgência em reduzir a taxa de mortalidade no parto. (JAVORSKI, 2011)

Durante a ditadura militar, os grandes problemas estruturais se aprofundaram, adquirindo uma dimensão mais ampla, com a vigência de uma política pública de saúde que privilegiava o produtor privado. Na tentativa de amenizar as tensões sociais e aumentar o poder de regulação sobre a sociedade e a acumulação do capital, o Estado utilizou-se de um modelo de intervenção que aliava repressão política ao oferecimento de assistência médica como compensação. Tratava-se de uma política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a medicalização imposta tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. (BRAVO, 2013)

Sob a administração do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS), criado pelo regime militar em 1974, a área da saúde materno-infantil singularizava o aspecto

curativo, com uma cobertura assistencial que estendia-se apenas aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho. (JAVORSKI, 2011)

Neste contexto, em decorrência dos aumentos expressivos na mortalidade infantil em crianças menores que cinco anos de idade, especialmente nos países pobres com precárias condições de higiene, a problemática da medicalização indiscriminada dos leites industrializados do leite materno começa a ser discutida mundialmente. Torna-se urgente a necessidade de implantação de ações e programas para reverter o uso indiscriminado dos substitutos do leite materno como elemento favorecedor à mortalidade infantil por desnutrição, desidratação e doenças infecciosas. (GOLDENBERG, 1988; ALMEIDA, 1999)

Assim, apenas a partir da década de 70 as políticas públicas voltadas ao incentivo da prática do aleitamento materno começam a emergir em virtude das necessidades reconhecidas a nível mundial e nacional para a redução da morbimortalidade infantil.

Em 1972 foi criado o **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição** (INAN) com o objetivo de assistir o governo na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, elaborar o **Programa Nacional de Alimentação e Nutrição** (PRONAN) e centralizar as atividades de alimentação e nutrição. O INAN desenvolveu esforços na avaliação do desempenho dos programas federais de alimentação e das taxas de desnutrição no país, cuja pesquisa levou à constatação de que a cobertura real encontrava-se muito aquém da desejada. Em 1976 foi criado o **II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição**, com o envolvimento de vários ministérios e ações dirigidas a gestantes, nutrízes e crianças, inclusive ações relacionadas ao aleitamento materno. (ARRUDA; ARRUDA, 2007)

Paralelamente, a partir de 1974, o Ministério da Saúde reviu as diretrizes gerais de assistência à saúde, reformulando a Política de Saúde ao Grupo Materno-Infantil e oficializando-a com a criação do **Programa Materno Infantil** (PMI). Entretanto, a abordagem ao aleitamento materno ainda era realizada de forma superficial e inconstante, tendo seu objetivo voltado à suplementação alimentar para gestantes e lactentes, com a prescrição de leites artificiais maternizados. (BRASIL, 1974; JAVORSKI, 2011)

Desta forma, as atividades de incentivo ao aleitamento envolvendo o setor de saúde se realizavam de forma isolada e não dimensionavam a visão da necessidade de uma política de apoio e parceria com outras organizações estatais, com os demais segmentos da sociedade e com a participação das famílias como elementos de importância fundamental na educação, no

favorecimento de mudança dos padrões culturais e no sucesso das metas propostas pelos programas. (BOSI; MACHADO, 2005)

Diante da constatação do desmame precoce e das consequências para a saúde e nutrição das crianças com reflexos de proporções alarmantes na mortalidade infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizaram em 1979, em Genebra, uma reunião internacional voltada para a promoção do aleitamento materno e melhora do estado nutricional de lactentes e crianças na primeira infância, com a representação de diversos países convidados, entre eles o Brasil. A 33.^a Assembleia Mundial da Saúde, conhecida como *Declaração de Alma Ata* e realizada em maio de 1980, subscreveu integralmente a declaração e as recomendações, prévia e consensualmente, aceitas na reunião conjunta OMS/UNICEF, tendo sido feita uma menção especial à recomendação de que deve existir um código internacional de *marketing* de fórmulas para lactentes e outros produtos utilizados como substitutos do leite materno. (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1980)

Este movimento mundial de incentivo ao aleitamento materno resultou na elaboração de estratégias coletivas culminando, em 1981, na aprovação do **Código Internacional para o Comércio dos Substitutos do Leite Materno** pela OMS, juntamente com o UNICEF e representantes de governos, organizações não-governamentais, associações de profissionais, cientistas e indústrias de produção de alimentos infantis. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981)

Assim sendo, apenas a partir de **1981** o Brasil se insere no cenário internacional pró-amamentação com a criação do **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno** (PNIAM), sob a gerência do Ministério da Saúde, através do INAN, com estratégias de intervenções destinadas ao incentivo do aleitamento materno e redução das causas relacionadas ao desmame precoce, que englobavam principalmente o treinamento de profissionais de saúde e a implementação de ações educativas no pré-natal, parto e puerpério. (BRASIL, 1981)

Nesta década de 80, como passos iniciais das estratégias, recomendou-se a adoção do sistema de **alojamento conjunto** e a **criação dos bancos de leite humano**, bem como a implementação do Código Internacional de Vendas de Alimentos e Sucedâneos de Leite Humano, até a sua efetivação nacional através da Resolução n° 5 em 20 de dezembro de 1988

com a instituição das Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), e posteriormente a aprovação revisada da **Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)**, em 1992. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1992)

Com a criação do PNIAM (1981), o Ministério da Saúde passou a ser o órgão responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, apresentando destaque pela sua diversidade de intervenções, muitas delas posteriormente normatizadas e implementadas pelo **Sistema Único de Saúde (SUS)** nas esferas federal, estadual e municipal. Ainda a partir do PNIAM, iniciou-se a proposta de adequação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do leite materno no Brasil. (SOUZA; CORDOVA; GIUGLIANE, 2011)

Durante a década de 80 o país se encontrava ainda em profunda crise econômica e em processo de redemocratização. Neste contexto social, as estratégias iniciais de intervenção englobavam a atuação com campanhas de comunicação e informação pela mídia e o treinamento de profissionais de saúde, juntamente com o aconselhamento individualizado em amamentação, produção de material educativo, aprovação de leis que protegem a amamentação e controle do marketing de leites artificiais. O setor da saúde passou a assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia, contando com a participação de diversos atores sociais na discussão das condições de vida da população brasileira. (JAVORSKI, 2011)

Esta década caracterizou-se, sobretudo, pela preocupação institucional de restabelecimento da prática da amamentação com o consenso científico em inúmeras publicações e a definição pela OMS do aleitamento materno como estratégia fundamental para a redução da mortalidade infantil. (REA, 2003)

A Constituição Federal de 1988 trouxe também sua contribuição na política de incentivo ao aleitamento materno ao assegurar, com a redemocratização da saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da lei orgânica da saúde (Lei 8080/90), a descentralização das ações e serviços através da operacionalização da atenção básica, ambulatorial e hospitalar. (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000)

Um outro dispositivo de proteção social à mulher trabalhadora no favorecimento ao aleitamento materno é incluído no Artigo 7º, inciso XVIII da Constituição de 1988, que confere o direito à **Licença Maternidade** com duração de 120 dias, sem prejuízo do emprego

e do salário. A mãe tem ainda garantido o direito de solicitação de duas pausas de trinta minutos para amamentação durante a jornada de trabalho, até os seis meses de vida de seu filho. (BRASIL, 2003a)

As atividades dirigidas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno continuaram a ser desenvolvidas e, em 1990, uma iniciativa mundial destaca-se como marco estratégico em aleitamento materno a partir de um encontro internacional organizado pelo UNICEF e OMS, cuja resolução ficou conhecida como *Declaração de Innocenti*. Suas metas e objetivos enfatizavam a recomendação do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os quatro a seis meses e complementar até os dois anos de vida, estabelecendo a criação de uma coordenação nacional de aleitamento e de um comitê pró-amamentação. Atribuiu-se ao Estado o compromisso da implementação dos **Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno** pelas maternidades, bem como da implementação do Código Internacional para a Comercialização de Alimentos para Crianças da Primeira Infância e das resoluções relevantes na Assembléia Mundial de Saúde e a proteção da mulher trabalhadora lactante. (LAMOUNIER, 1996; REA, 2003)

Assim sendo, em 1991 foi lançada a **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)** com o objetivo de capacitar e resgatar para a mulher o direito à amamentação, com ênfase para a mobilização dos profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades, nas mudanças de rotinas e condutas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a partir do cumprimento dos **Dez Passos** para o sucesso da amamentação e da recusa de doações de qualquer substituto ao leite materno. (BRASIL, 1994)

O novo texto da **NBCAL** foi aprovado em 1992 na Resolução nº 31 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1992) e nesta mesma década o MS lançou o **Projeto de Redução da Mortalidade Infantil** com o desafio de alcançar as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Criança em 1995, e efetivou a criação da **Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RedeBLH)** como reconhecimento de uma das ações prioritárias da saúde brasileira. (BRASIL, 1995; MAIA et al., 2006)

Desde o estabelecimento da **Cúpula Mundial da Criança** em conferência na sede das Nações Unidas em Nova York, em 1990, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança constitui-se uma das prioridades do MS. Seu objetivo primordial é a redução em dois terços da mortalidade infantil em crianças até os seis anos, no período de 1990 a 2015. A

Cúpula Mundial compreende um conjunto de metas priorizando a saúde da criança e sua sobrevivência em todo o mundo, com o compromisso de desenvolvimento, proteção e melhora da qualidade de vida através de ações abrangentes à saúde, educação, nutrição e direitos humanos. (UNICEF..., 2013)

No início da década de 2000, a IHAC, a RedeBLH e o monitoramento do cumprimento da NBCAL representaram as ações prioritárias de incentivo e aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo, conforme a recomendação oficial das políticas públicas.

Dentre outras atividades implementadas nestes últimos anos, podemos incluir o compromisso de resposta à **Estratégia Global de Desenvolvimento para o Milênio** e a criação do Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento e a aprovação da norma de orientação para a implantação do **Método Mãe Canguru**. Na composição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a redução da mortalidade nas crianças menores que cinco anos representa o quarto dos oito objetivos estabelecidos para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo, adotados pelos estados membros das Nações Unidas, com esforços para alcançá-los até 2015. Em 2000, a Assembléia do Milênio reafirmou na sede da ONU as metas de qualidade de vida para a construção de consensos internacionais para ações de desenvolvimento e promoção de uma economia global mais justa. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000; BRASIL, 2000)

No aspecto referente à proteção legal da amamentação, além da extensão da licença-maternidade e da licença paternidade, merecem destaque o **Dia Nacional de Doação de Leite Humano** e a **Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM)**, com ações voltadas à promoção de estratégias de **mobilização social** e de envolvimento de iniciativas públicas e privadas. (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2009c)

No sentido de prestar assistência e apoio à manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais, o Ministério da Saúde propôs um trabalho com foco na Atenção Básica, buscando uma composição de articulação em rede com os demais segmentos de políticas de incentivo ao aleitamento materno, como a IHAC e a RedeBLH. A criação da **Rede Amamenta Brasil** desde 2008 realiza uma conexão em várias esferas, favorecendo o compartilhamento de informações e experiências de aprendizado coletivo e a colaboração de projetos, objetivando o fortalecimento e a ampliação do poder de decisão dos vários elementos que constituem a capilaridade da rede. A coordenação nacional é representada pela Área Técnica de Saúde da

Criança e Aleitamento Materno, em parceria com o Departamento de Atenção Básica, ambos do Ministério da Saúde. (SANTO, 2010)

Mais recentemente, a **Rede Cegonha** foi lançada como estratégia inovadora do Ministério da Saúde, com vistas à implementação de um programa assistencial em rede para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, garantindo um atendimento de qualidade pelo SUS desde a gestação até os dois primeiros anos de vida da criança. (BRASIL, 2011b)

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde infantil no Brasil, partindo da gestão de articulação de ações em rede, com a programação de implantação gradativa respeitando-se o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade infantil, a razão da mortalidade materna e a densidade populacional em cada território.

4.1 OS EIXOS PRIORITÁRIOS DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Diante do exposto, pode-se observar que a política nacional de incentivo ao aleitamento materno vem crescendo progressivamente desde a década de 80, com suas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno envolvendo estratégias de ampliação dos programas existentes e criação de novos programas com maior abrangência aos cuidados de atenção à saúde na rede interdisciplinar das Unidades de **Atenção Básica**, cuidados de **Atenção Hospitalar**, alcançando a visão de desenvolvimento das redes de **Bancos de Leite Humano**, da divulgação em campanhas reunindo a mídia e os diversos segmentos da sociedade, do amparo à amamentação pela **regulamentação legal** e do **monitoramento** das ações e das práticas de aleitamento materno em todo o país. Tais estratégias foram eleitas como os seis **Eixos Prioritários** para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por ocasião do II Seminário Nacional de Políticas Públicas de Aleitamento Materno, em agosto de 2007. (SOUZA; CORDOVA; GIUGLIANE, 2011)

4.1.1 Atenção básica

Rede Amamenta Brasil, que se constitui em estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como meta a

revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar, educação permanente em saúde, respeitando a visão dos profissionais e considerando as realidades locais e regionais. (BRASIL, 2008b)

4.1.2 Atenção hospitalar

Na assistência a nível hospitalar, duas propostas têm contribuído positivamente para o aumento dos índices de aleitamento materno:

- a) Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): a *Declaração de Innocenti*, assinada por 12 países, incluindo o Brasil, levou a OMS e o UNICEF a lançarem a IHAC, em 1992, que tem como meta resgatar o direito da mulher ao aprendizado e orientação nas maternidades, com implantação e modificação das rotinas médicas para o cumprimento dos **Dez Passos da Amamentação**, objetivando o sucesso do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce. (LEVY, BÉRTOLO, 2008)

São as seguintes as recomendações da Iniciativa da OMS/UNICEF/Ministério da Saúde ao cumprimento dos dez passos do Hospital Amigo da Criança:

1. ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço;
2. treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma;
3. informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação;
4. ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
5. mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica;
7. praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. encorajar a amamentação sob livre demanda;
9. não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas;

10. encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Em 2004 foi criada a Portaria n° 756/04 para atualização e adequação das diretrizes para o processo de habilitação dos IHAC integrantes do SUS. (BRASIL, 2004)

- b) Alojamento Conjunto (AC): a Portaria n° 1016 MS/GM, publicada em 1993, referente às normas básicas para o funcionamento do alojamento conjunto, estabeleceu obrigatoriedade em todas as maternidades (públicas, contratadas e conveniadas) da permanência do recém-nascido junto à sua mãe desde o nascimento até a sua alta, favorecendo a humanização do atendimento, a possibilidade de reduzir o tempo de internação e promover educação e orientação em saúde e aleitamento. (BRASIL, 1993)
- c) Método Mãe-Canguru (MMC): normatizado a partir da Portaria n° 693/2000 do Ministério da Saúde, visa o atendimento aos recém-nascidos prematuros de baixo peso (menores 2500g), que permanecem em contato direto com o colo materno através de uma bolsa especial, o que favorece o aleitamento, a manutenção da temperatura, menor incidência de apnéia (pausa respiratória) da prematuridade e de refluxo alimentar, garantindo melhor desenvolvimento emocional e menor ocorrência de complicações. (BRASIL, 2000)

4.1.3 Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RedeBLH)

Elaborado em 1988 pelo Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (**BLH_IFF/FIOCRUZ**), visa assegurar a qualidade higiênica e sanitária, e um melhor aproveitamento das propriedades imunológicas e nutricionais do leite materno. Além de proceder à coleta, ao processamento e à distribuição a outras maternidades, os bancos de leite prestam assistência às mães cujos recém-nascidos encontram-se hospitalizados ou que apresentem dúvidas, dificuldades e inseguranças com a amamentação, mesmo após a alta hospitalar. (BRASIL, 2013d)

4.1.4 Proteção legal ao aleitamento materno

Dentre os dispositivos legais de proteção ao aleitamento materno, adotados pelo Brasil, podemos citar:

- a) Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), aprovada em 1992 (Resolução nº 31 do Conselho Nacional de Saúde). Após revisões, visando ao avanço na legislação existente de proteção ao aleitamento materno, as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), inserida em Resolução pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) desde 1988, foram substituídas pela NBCAL. Prosseguiram os avanços nas negociações com várias instituições de apoio ao aleitamento materno, contemplando a propaganda dos alimentos infantis industrializados, mas também a revisão da promoção comercial de bicos, chupetas e mamadeiras (Resolução nº 221 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária/2002). Em 2006, baseada na NBCAL, foi publicada a **Lei Federal nº 11.265** que regulamenta a proteção da amamentação contra as estratégias de *marketing* de promoção comercial, reforçando as orientações para assegurar a nutrição apropriada para crianças de até três anos. (BRASIL, 2006a)
- b) Licença Maternidade: em setembro de 2008, o Presidente da República sancionou a Lei nº 11.770, ampliando o tempo da licença maternidade de quatro para seis meses às funcionárias públicas federais. Com esta atitude de incentivo ao aleitamento materno exclusivo pelo período recomendado pela OMS, ficou assim introduzido um dispositivo de negociação a critério dos estados, municípios e empresas privadas para a adoção desta Lei. (BRASIL, 2008a)
- c) Nota Técnica sobre Salas de Apoio à Amamentação nas Empresas: elaborada em parceria entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) com o objetivo de orientar as empresas a promoção do tempo de aleitamento materno após a licença maternidade, com a criação de espaço adequado à coleta e armazenamento do leite durante a jornada de trabalho, a fim de oferecer a seu filho na sua ausência. (BRASIL, 2010)

4.1.5 Mobilização social

Resulta da composição de uma parceria focalizada no contexto da realidade local, com a promoção de estratégias de informações e orientações junto à comunidade, visando incentivar ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança. Essas atitudes criativas e solidárias se constituem em agentes multiplicadores de estratégias de educação e apoio ao aleitamento materno.

Dentre as ações desenvolvidas com a participação da mídia e dos diversos segmentos da sociedade para incentivo ao aleitamento materno foram introduzidas anualmente:

- a) **Semana Mundial da Amamentação (SMAM)**: comemorada de 01 a 07 de agosto em 170 países, com o objetivo estratégico de provocar todos os anos uma mobilização social para disseminar informações no sentido de reforçar a importância do AME nos primeiros seis meses de vida como melhor alimento para a saúde da criança. (BRASIL, 2009c);

- b) Dia Nacional de Doação de Leite Humano foi inicialmente comemorado no Brasil em 1º de outubro, a partir de 2003. Após o I Congresso Iberoamericano de Bancos de Leite Humano ficou estabelecido o **Dia Internacional de Doação de Leite Humano**, pela Carta de Brasília 2010, a ser celebrado em 19 de maio, tendo por objetivo unificar as mobilizações nos países da América do Sul, América Central, Europa e África. (BRASIL, 2003b);
Em 19 de agosto deste ano de 2013, o governador do DF- Brasília, Agnelo Queiroz, sancionou a Lei 5.154, que institui a **Semana Distrital de Doação de Leite Materno** e a inclui no calendário oficial de eventos do Distrito Federal. (BRASIL, 2013a);

- c) Projeto Carteiro Amigo: lançado inicialmente em 1999 pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), em parceria com a UNICEF e a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Anualmente, no mês de comemoração da Semana Mundial da Amamentação, os carteiros distribuem folhetos informativos nas residências das gestantes e crianças menores de um ano divulgando as vantagens do aleitamento materno, constituindo uma importante

estratégia de incentivo à amamentação. (EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS, 1999);

d) Projeto Bombeiros da Vida: idealizado pelo Ministério da Saúde implantado desde 2002, em Belém, através de uma parceria entre o BLH da Fundação Santa Casa do Pará (FSCMPA) e o Corpo de Bombeiros. Os profissionais militares que ingressam no projeto participam diretamente de atividades de coleta domiciliar de leite humano, cadastramento das doadoras, divulgação em escolas, empresas, eventos, postos de saúde com a finalidade de apoio à amamentação exclusiva até os seis meses de vida e sensibilizar e estimular a doação de leite humano. (BRASIL, 2013c);

Cabe aqui ressaltar que no Distrito Federal o Serviço de Coleta de Leite Humano domiciliar iniciou-se em dezembro de 1991, quando os responsáveis pelos diversos Bancos de Leite Humano da Fundação Hospitalar do Distrito Federal recorreram aos meios de comunicação para divulgar a insuficiência no estoque de leite humano pasteurizado, mediante a dificuldade na captação de doadoras. O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), sensibilizado com a iniciativa, se propôs a ajudar na campanha.

As atribuições dos militares são estabelecidas em convênio, no qual o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e a Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal desenvolvem em parceria o Programa Amamentação.

Este Programa vem a cada dia ganhando espaço e é atualmente reconhecido como programa pioneiro e de referência na coleta de leite humano em todo o Brasil, com um abastecimento a todas as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Distrito Federal com estoques de leite humano pasteurizado para disponibilização a todos os recém-nascidos internados.

Em 1998 o CBMDF recebeu do UNICEF o título de **Bombeiro Amigo da Criança**. (BRASIL, 2013b)

4.1.6 Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno

Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno: representa uma das formas objetivas para mensuração das prevalências do aleitamento e avaliação do impacto das ações e das práticas de amamentação no país. Foram realizados dois inquéritos nacionais, durante as

Campanhas Nacionais de Vacinação contra a poliomielite, nas capitais e no Distrito Federal, nos anos de 1999 e 2008, respectivamente. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009d)

5 IMPLANTAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE NO BRASIL

No início do século XX, a política nacional de saúde voltada à retomada e ao incentivo do aleitamento materno fortaleceu a necessidade e a importância dos Bancos de Leite Humano com a criação da primeira unidade no Brasil, em outubro de 1943, no Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sediado no Rio de Janeiro. (ALMEIDA, 1999)

Em substituição à prática das amas de leite, seu objetivo inicial na construção da assistência à amamentação dirigia-se para atender aos casos particulares da prematuridade, da desnutrição e das alergias às proteínas heterólogas, sendo colocado como primeira alternativa em situações de emergência, muito mais em razão de suas propriedades farmacológicas do que por suas qualidades nutricionais. Com esta mesma concepção, foram instituídas mais cinco unidades no país até o início da década de 80. (ALMEIDA, 1999)

Neste primeiro momento, o leite humano representava um produto difícil de ser obtido e de alto custo, sendo as doadoras remuneradas, oferecendo-se ainda como atrativo a garantia de assistência médica e a oferta de leite em pó industrializado para os seus filhos. Desta forma o leite humano distribuído não era visto como um concorrente dos seus substitutos industrializados, antes representando uma alternativa segura para as situações de emergência onde o desmame comercial falhava. (ALMEIDA, 1999)

Assim sendo, no período de 1943 a 1985, os BLH no Brasil se utilizaram de estratégias extremamente questionáveis, funcionando como grandes leiterias para garantir a opção da aquisição das propriedades farmacológicas do leite humano em situações patológicas emergenciais, distanciando-se paradoxalmente aos seus objetivos iniciais de incentivo à amamentação natural, para simplesmente operar o fornecimento de leite humano. (ALMEIDA, 1999)

Entretanto, a partir de 1985, com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), o BLH do IFF consagrou-se com um novo paradigma de reestruturação de objetivos, com a ampliação de sua atuação no cenário da saúde pública pela incorporação de ações em favor da amamentação. Este novo modelo de gestão inaugura um processo de expansão configurado pela coordenação de ação participativa na formulação da política estatal e ainda na produção de pesquisa e desenvolvimento tecnológico com a difusão

do conhecimento científico produzido, constituindo os alicerces da RedeBLH. (ALMEIDA, 1999)

Desta forma, a evolução dos bancos de leite humano no Brasil, até a estruturação de unidades estratégicas para a política estatal de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sofreu flutuações em seus objetivos de acordo com as necessidades de cada momento histórico na realidade nacional, podendo ser dividida em três períodos. O primeiro, desde a implantação de sua primeira unidade em 1943, restrita à coleta de leite humano em substituição às amas de leite e em resposta ao desmame comerciogênico. O segundo período, de 1985 a 1998, define a constituição de um novo conceito de reestruturação operacional como estratégia de política governamental em favor da amamentação, vigente até os dias atuais, voltada inicialmente à expansão do número de BLH e à ampliação da forma de atuação pela inserção das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A partir de 1998, inaugura-se o terceiro período, com a composição crescente da RedeBLH. (ALMEIDA, 1999; MAIA et al., 2006)

O PNIAM desempenhou um importante papel no processo de expansão e desenvolvimento dos BLH, resultando na formalização do Grupo Técnico de Bancos de Leite Humano em 1984 e na elaboração do primeiro documento oficial de Recomendações Técnicas. Este documento serviria de base para a primeira legislação federal - a Portaria GM/MS nº 322, publicada em 1988, que aprovou normas gerais destinadas a regular a instalação e o funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLH), no Brasil. A partir de 05 de setembro de 2006, os BLH brasileiros passaram a ter um novo regulamento para funcionamento: Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. (GUIMARÃES; ALMEIDA; NOVAK, 2004; BRASIL, 2006b)

Também neste período o Centro de Referência Nacional em BLH (CRNBLH) foi instituído em parceria com o Ministério da Saúde e a FIOCRUZ, que viabilizou as atividades de processamento e tecnologia de alimentos com baixo custo e qualidade certificada. (MAIA et al., 2006)

A estratégia na formação dos quadros técnicos dos BLH e a definição de um modelo de gestão participativa com baixo custo de investimentos constituíram os alicerces da Rede e, em julho de 1998, durante o I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano estabeleceu-se a consolidação da parceria com as Vigilâncias Sanitárias Nacional e Estaduais. Nela enfatiza-se a discussão do papel da mulher no processo de amamentação e a importância da qualificação

profissional, com a sedimentação do trabalho em rede, onde a articulação da informação e do conhecimento se tornam elementos fundamentais nas transformações e crescimento necessários à melhoria da qualidade da saúde em suas áreas de abrangência. (MAIA et al., 2006)

A RedeBLH foi então legitimada oficialmente em 1998, por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde (MS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), evoluindo a partir da institucionalização e articulação das experiências e ações dos mesmos com o Estado. Suas atividades envolviam dois macroprocessos específicos que englobam as **ações de promoção, proteção e apoio à amamentação** e o **controle de qualidade na coleta, processamento e distribuição de leite humano** com qualidade certificada. Este novo modelo se destaca pelo desenvolvimento de um processo baseado na descentralização e na construção de uma competência técnica dos Estados e Municípios. Paralelamente, os **investimentos em pesquisa** permitiram ao Centro de Referência Nacional em Bancos de Leite Humano desenvolver metodologias para garantir o controle de qualidade do leite processado, passando a operar como referência oficial para várias Secretarias de Saúde Estaduais. Este novo modelo progrediu com franca expansão constituindo-se na maior rede de Bancos de Leite Humano do mundo. (MAIA et al., 2006)

A rede de BLH-BR encontra-se estruturada conforme Portaria Ministerial n.º 2.193 de 14 de setembro de 2006, em substituição à Portaria Ministerial n.º 698 de 9 de abril de 2002. Opera hoje por meio da articulação do **Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano** (CRNBLH), localizado no Rio de Janeiro, com cada **Centro de Referência Estadual** (CREBLH) e suas respectivas Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano. (BRASIL, 2013e)

A **Secretaria de Atenção à Saúde** (SAS) do Ministério da Saúde, por meio da **Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno** (ATSCAM), é a responsável pela coordenação e articulação das políticas públicas de saúde referentes aos BLH e pela elaboração dos critérios para a implantação e implementação das suas atuais unidades e de sua expansão. (BRASIL, 2013h)

Assim, a RedeBLH tem por missão a promoção da saúde da mulher e da criança com a parceria e articulação de ações a nível federal, estadual e municipal, incluindo a iniciativa privada e a sociedade, tendo como objetivo estratégico contribuir para a redução da

mortalidade infantil e somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal por meio de suas atividades assistenciais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da coleta, distribuição e processamento de leite humano com qualidade certificada. (BRASIL, 2013d)

Para a incorporação dos procedimentos, diretrizes e concepções no ambiente de atuação dos BLH, a rede conta com um sistema de gerenciamento – o **Projeto BLHWeb**, desenvolvido em parceria do MS/ DATASUS e IFF/ FIOCRUZ, para auxiliar na gestão das unidades que integram a REDEBLH. (BRASIL, 2013f)

Pela excelência de seu modelo de gestão participativa no desenvolvimento de suas ações, por ocasião do IV Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, em 18 de maio de 2005, destaca-se a assinatura da primeira **Carta de Brasília**, efetivando o compromisso e fortalecimento de seus objetivos em aleitamento materno com a articulação da política de expansão através da criação da **Rede Latino-Americana de Bancos de Leite Humano**. A Carta de Brasília de 2010, conforme citação do coordenador do Programa Iberoamericano de Bancos de Leite Humano, João Aprígio Guerra de Almeida, concentra os esforços internacionais na redução da mortalidade infantil acrescidas de estratégias para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015. (BRASIL, 2010b)

Paralelamente ao processo de institucionalização da RedeBLH, ocorreu a consolidação das **atividades de ensino e pesquisa em amamentação**, legitimado no espaço acadêmico da pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira (RJ), contribuindo com a produção do conhecimento científico para análise e compartilhamento, constituindo importante arsenal para a promoção de transformações e formulação da política pública materno-infantil. Ainda o desenvolvimento tecnológico na área de informação e comunicação, com a parceria do Centro de Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ, levou à criação do *site* **RedeBLH** – www.redeblh.br, com a expansão do conhecimento pelo acesso e compartilhamento. (MAIA et al., 2006)

Em 2013, o Brasil completou **70 anos de história de política pública em BLH**, com o diferencial de sua lógica operacional de trabalho em rede e a expansão de suas atividades para além das fronteiras do território nacional, interagindo os referenciais da **tecnologia de alimentos** com baixo custo operacional e padrão de qualidade reconhecido internacionalmente, com a qualificação de recursos humanos e desenvolvimento no setor de

comunicação e informação voltado para o acesso compartilhado do conhecimento em sua área de atuação. (MAIA et al., 2006)

Desta forma, a RedeBLH se elege uma referência mundial de assistência em aleitamento materno, representando a estratégia isolada mais eficiente para a prevenção de mortes entre recém-nascidos, com reconhecimento internacional por suas iniciativas, incluindo a construção e articulação do conhecimento capaz de estimular as transformações sociais para maior eficiência dos objetivos desejados. Desde 1985, os BLH integram a política pública de saúde na redução da mortalidade materno-infantil e o trabalho desenvolvido pela RedeBLH do Brasil foi reconhecido pela OMS com o mérito do **Prêmio de Saúde Sasakawa**, em 2001, destacando-se como exemplo para a rede Iberoamericana de Bancos de Leite Humano. Em 12 de dezembro de 2007 foi aprovado o *Programa Cumbre de Red de Bancos de Leche Humana* com base no modelo Brasileiro coordenado pela FIOCRUZ. (BRASIL, 2007)

5.1 IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO NO HUCAM E AÇÕES EM ALEITAMENTO MATERNO

Como anteriormente exposto, no início da década de 1980, com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), o Brasil investe como prioridade em saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, apresentando destaque pela sua diversidade de intervenções nas esferas federal, estadual e municipal e pela sua capacidade em somar esforços com a articulação de diversos segmentos da sociedade brasileira.

Posteriormente, com a implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil (IHAC), em 1992, o país amplia a abordagem de atuação em aleitamento materno agregando o significado de proteção e apoio nas construções assistenciais anteriores que até então, contemplavam apenas os aspectos relacionados à promoção. Assim, a IHAC é uma política pública assistencial que procura dar ênfase à mobilização dos profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades nas mudanças de rotinas e condutas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a partir do cumprimento dos *Dez Passos* para o sucesso da amamentação.

Neste período, nosso Estado não apresentava qualquer Instituição de Saúde com os critérios estabelecidos para o credenciamento como Hospital Amigo da Criança (HAC), sendo a proposta oficialmente apresentada durante o curso de Aleitamento Materno promovido pela Sociedade de Pediatria do Espírito Santo (SOESPE), em 1994. (PONTES, 2007)

Em 1993, o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) começou a se preparar para ser avaliado como Hospital Amigo da Criança (HAC), entretanto, com um envolvimento ainda de forma isolada na capacitação profissional necessária às ações de incentivo ao aleitamento materno bem como na resolução de problemas relacionados à amamentação. Dois cursos de treinamento em Manejo Clínico da Lactação foram oferecidos pelo HUCAM, em 1992 e 1993, após a inauguração do Núcleo de Aleitamento Materno (NUAM), com a mobilização e participação de um número representativo de profissionais da área materno-infantil. O treinamento apresentava como objetivo apoiar as instituições e os profissionais de saúde na abordagem de questões específicas sobre o aleitamento materno, visando informação para a promoção na mudança de comportamentos e atitudes de modo a influenciar positivamente a orientação das lactantes. Esta postura foi um elemento que possibilitou uma maior adesão à prática da amamentação bem como o estabelecimento de uma identidade com o Banco de Leite Humano pelo encaminhamento a este serviço das lactantes identificadas de risco para o desmame. (PONTES, 2007)

De acordo com o relato da dissertação de Pontes (2007) os dados referentes à implantação do BLH foram obtidos nos documentos da Divisão de Enfermagem do HUCAM. Conforme seu relato, o Banco de Leite Humano do HUCAM foi o terceiro a ser criado no Espírito Santo, no ano de 1994, em virtude das necessidades impostas no âmbito das ações de promoção do aleitamento materno pelo NUAM, as quais preconizavam a prioridade do leite humano no atendimento das crianças prematuras internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da instituição. (PONTES, 2007)

Assim, o BLH-HUCAM iniciou suas atividades em 1993, numa pequena área física em um local cedido na antiga Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), com o propósito de disponibilizar leite humano pasteurizado para os recém-nascidos internados e iniciar as atividades de apoio ao aleitamento materno no alojamento conjunto mediante a captação de doadoras de leite humano. (PONTES, 2007)

Em outubro de 1995, o serviço foi consagrado com a conquista de uma segunda área física em melhores condições e com a aquisição de materiais permanentes e equipamentos, como computadores, vidrarias, maquinários e mobílias através da Direção do HUCAM, da Reitoria da Universidade Federal do ES e de doações de instituições privadas, sendo oficialmente reconhecido como um Banco de Leite Humano. Vale ressaltar que, ainda neste empenho de adequação do BLH, houve uma contribuição do serviço de informática da Faculdade de Ciências Naturais (FACIN) na elaboração da informatização do BLH-HUCAM com o *software* denominado LacVida que, em conformidade aos objetivos da RedeBLH em sua lógica operacional de articulação de informações em rede, estabeleceu um vínculo entre BLH/HUCAM, BLH/FIOCRUZ e DATA-SUS. (PONTES, 2007)

Em 2000, juntamente com as obras da nova fachada do HUCAM, foram realizados investimentos de infra-estrutura no BLH, em parceria com o Banco do Brasil, resultando na construção de sua atual área física, com a implantação de novas e modernas instalações em conformidade com a Portaria MS- 322/88, atualmente substituída pela **Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006**, que rege as normas para Implantação e Funcionamento de Bancos de Leite Humano. A partir deste momento, ficou evidenciado o merecido destaque a este serviço nas suas atribuições em prol do aleitamento materno, bem como sua representatividade de conquista para o Hospital Universitário. (BRASIL, 2006b)

Em suas atribuições, o quadro funcional do BLH/HUCAM dispõe de profissionais legalmente habilitados para assumir a responsabilidade das atividades médicos-assistenciais e de tecnologia de alimentos requeridas por um Banco de Leite, com capacitação obtida através da realização de cursos específicos oferecidos pela Rede Nacional de BLH e administrados por meio dos seus Centros de Referência Estaduais, quais sejam: Manejo Clínico da Lactação; Aconselhamento em Amamentação; Monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL); e Gestão, Processamento e Controle de Qualidade do Leite Humano Ordenhado. (BRASIL, 2013g)

Neste contexto, o BLH-HUCAM foi inicialmente criado para dar suporte ao NUAM-HUCAM objetivando a implantação da IHAC, que permanece ainda sem os critérios exigidos em seu conjunto de ações interdisciplinares. Entretanto, em consonância com os propósitos da RedeBLH tem realizado as atividades de assistência à gestante e lactante; a coleta, processamento e distribuição de leite humano ordenhado com qualidade certificada; e o ensino teórico e prático em aleitamento materno.

No ano de 2013, o BLH foi incluído na capacitação da **primeira turma de residência multiprofissional em pediatria do HUCAM**, contanto com alunos de enfermagem, nutrição, serviço social, farmácia e psicologia.

Em abril deste mesmo ano, o BLH do HUCAM foi instituído **Referência no Espírito Santo** pela Portaria 056-R de 04/04/2013, passando a operar como elemento estratégico da política de saúde na redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil, considerando a sua área de abrangência. (ESPÍRITO SANTO, 2013)

Em função de seus objetivos, o BLH HUCAM realizou nos dias 31 a 02 de agosto o **1º Curso Estadual de Manejo Clínico da Lactação**, no intuito de capacitação de novos profissionais de saúde aproveitando para incentivar e mobilizar as ações voltadas para as comemorações da SMAM e, em setembro, o **Curso de Atualização em Processamento e Controle de Qualidade do Leite Humano I: fundamentos teóricos (BLH101)**, efetivando o credenciamento de todos os BLH do Estado.

5.2 O PASSO A PASSO DO ATENDIMENTO CLÍNICO

Na perspectiva do estudo, a **assistência em amamentação** refere-se ao conjunto de procedimentos e práticas que podem ser definidas como atenção, cuidados, comportamentos, atitudes e falas dirigidas ao atendimento das necessidades objetivas e subjetivas da mulher, especificamente das lactantes com dificuldades no estabelecimento da lactação, englobando a abordagem pelos profissionais de saúde envolvidos em amamentação, como também as ações do Estado na implementação das políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno.

Desta forma, a assistência em amamentação oferecida pelo BLH do HUCAM encerra uma metodologia, uma ideologia e um contexto na execução do atendimento clínico.

O atendimento funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 21h, gratuitamente e sem a necessidade de qualquer agendamento prévio, estendendo-se às puérperas do alojamento conjunto do HUCAM, bem como aos encaminhamentos externos. Atualmente, com a aquisição de recursos humanos, encontra-se com suas portas abertas nas 24 horas, em todos os dias, inclusive finais de semana e feriados.

Em suas atribuições assistenciais, destina-se ao atendimento clínico para estímulo à produção láctea, coleta e estocagem do leite humano para as lactantes com seus filhos na UTIN ou as

que desejam doar o excedente de sua produção, orientações sobre a importância do aleitamento e os cuidados com as mamas, esclarecimento de dúvidas, e diagnóstico com intervenção nas dificuldades e intercorrências relacionadas à amamentação. De acordo com os propósitos do estudo, apresentaremos um foco dirigido às **principais dificuldades encontradas pelas nutrizes durante o processo de estabelecimento da lactação**.

O **período de estabelecimento da lactação**, nos primeiros 14 dias após o parto, apresenta uma correlação aos acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no pós-parto imediato e nos primeiros dias de sua internação em regime de alojamento conjunto, onde a assistência clínica é de extrema importância no aprendizado e apoio às mães no processo da amamentação, sendo considerados fundamentais para o sucesso da amamentação. (REA, 2003; LEVY; BÉRTOLO, 2008)

Dentre os problemas comuns enfrentados durante o estabelecimento da lactação, podemos destacar o ingurgitamento mamário, os traumas mamilares, a infecção mamária e a baixa produção de leite, especialmente na primeira experiência em amamentação (primíparas). Estes problemas apresentam em sua origem condições associadas ao esvaziamento mamário inadequado. Desta forma, uma técnica com pega e posicionamento incorretos, mamadas com grandes intervalos de tempo e em horários pré-determinados, uso de chupetas e complementos alimentares podem ser considerados fatores importantes no desencadeamento das principais intercorrências em amamentação. Devem ser considerados ainda, como elementos de relevância, a atenção na associação da insegurança e habilidades materna e da falta de conhecimento e/ou apoio. (GIUGLIANE, 2004)

5.2.1 O atendimento clínico no HUCAM

Para o início das atividades de atendimento é necessária uma adequação de limpeza e assepsia da sala de coleta e atendimento clínico, que deverá permanecer numa temperatura ambiente de aproximadamente 22°C.

Após a organização e higienização da sala de coleta, a paciente é recebida com um **acolhimento** empático, na própria recepção ou na sala de coleta e atendimento clínico, buscando identificar o motivo que a trouxe ao BLH.

A mãe é então orientada a se paramentar com equipamentos para evitar ao máximo a contaminação do leite, com o uso de avental, gorro e máscaras, após a lavagem das mãos com

sabão e álcool a 70%. Os profissionais que prestam atendimento apresentam-se igualmente paramentados com capotes, gorros e máscaras, além do uso de luvas a qualquer manipulação.

O **aconselhamento em amamentação**, com base em teoria e prática, constitui uma importante didática de comunicação entre os profissionais e as mães na promoção de sua auto-confiança para o aleitamento, buscando reconhecer o problema real por ela vivenciado e preparando-a melhor para a tomada de decisões. (BUENO; TERUYA, 2004)

Uma vez realizado o acolhimento, ouvindo e compreendo a mãe em suas queixas, dúvidas e ansiedades, o profissional avalia o problema procurando oferecer orientações e ajuda, sempre com o seu consentimento.

Inicialmente, realiza-se a avaliação das mamas, seguida da observação das mamadas, com a apreciação da pega e posicionamento, além do reconhecimento das inseguranças e habilidades maternas. Durante a assistência procura-se uma proximidade e escuta às suas ansiedades, com uma atenção dirigida às suas dúvidas, na tentativa de identificar suas necessidades e expectativas, para então caminhar de encontro a soluções mediante o incentivo, esclarecimento e aprendizado, procurando capacitá-las em segurança para a queixa apresentada dentro de suas particularidades socioculturais, contextualizadas e verbalizadas durante o atendimento.

Observa-se ainda o estabelecimento do vínculo emocional, do temperamento e comportamento de cada bebê, e da efetividade de sucção.

Nos casos de baixa produção ou hipogalactia recomendam-se mamadas com intervalos mais curtos, devendo-se acordar o bebê, estimulá-lo com leves toques, dando preferência à posição sentada.

Nos ingurgitamentos mamários, com distensão tecidual importante, edema, dor e desconforto, procede-se à massagem e ordenha manual ou com bomba elétrica, procurando não esvaziar demais a mama, mas apenas para alívio, colocando-se sempre o bebê para sugar, observando a pega e posicionamento.

Os traumas mamilares são sempre decorrentes de pega e/ou posicionamento inadequados, sobretudo nas mamas com ingurgitamento ou malformações mamilares, e quando o bebê recebeu outra referência de sucção, como o uso de chupetas e/ou complementos (confusão de

bicos). Se necessário, procede-se à massagem e ordenha manual e, após o tratamento local com foco de luz durante 10 minutos, utilizando-se o próprio leite como cicatrizante.

Estas intercorrências são extremamente dolorosas e trazem desconforto e insegurança maternas sendo, em sua maioria, evitáveis com a intervenção precoce de profissionais habilitados. O ingurgitamento e os traumas mamilares quando não são bem conduzidos e orientados, podem levar à infecção do tecido mamário (mastite) e frequentemente se encontram associados ao desmame precoce.

A pega do bebê promovendo uma sucção eficaz, bem como o posicionamento adequado, são fundamentais para evitar ou minimizar os problemas durante o estabelecimento da lactação, auxiliando na promoção de um bom vínculo mãe-bebê, e de confiança e empoderamento maternos.

Após efetuados o atendimento clínico com as orientações pertinentes a cada caso, aplica-se um questionário de satisfação de clientes para a avaliação do mesmo (dois pela manhã e dois à tarde).

O atendimento clínico pode ser realizado por qualquer pessoal da equipe do BLH, incluindo técnicos de enfermagem, médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, desde que capacitados e treinados em manejo da lactação e aconselhamento em amamentação.

Todo o grupo interdisciplinar do BLH tem por ideologia proporcionar um atendimento humanizado e individualizado, com orientações e informações dirigidas a proporcionar uma experiência prazerosa para as mulheres e seus filhos durante este momento único para a vivência de ambos.

6 METODOLOGIA

Compreendendo a importância da articulação das dimensões práticas e afetivas dos profissionais de saúde com as nutrizes e seus familiares, dentro de seu contexto sociocultural, para promover a facilitação do conhecimento, do aprendizado e do apoio na superação das dificuldades relacionadas ao processo da amamentação, buscou-se, neste estudo, conhecer e interpretar as informações acerca da assistência clínica oferecida pelo BLH, sob a perspectiva das mulheres atendidas.

Portanto, trata-se de pesquisa social, na medida em que utiliza o método científico na investigação da realidade social, aqui considerada como a experiência das mulheres que vivenciaram um atendimento institucional por ocasião da amamentação. (GIL, 2008)

Para Minayo (2010), alguns pontos tornam as Ciências Sociais distintas e peculiares ao estudo e conhecimento dos seres vivos, diferentemente das Ciências Naturais:

- o respeito à historicidade humana e a especificidade cultural de curta, média e longa duração, expressos nos bens materiais e simbólicos, sempre datados e provisórios;
- o significado e intencionalidade das ações e construções interpretadas pela consciência histórica dos indivíduos de cada sociedade;
- a identidade entre o sujeito e o objetivo da investigação, onde o papel do investigador está em compreender a lógica interpretativa que faz o mundo da vida se realizar.

Segundo esta autora, “O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois a realidade social é apreendida por sucessivas aproximações e críticas”. Destaca ainda que, ao considerar os aspectos subjetivos das relações sociais, a investigação de caráter qualitativo permite um aprofundamento da dimensão social do objeto a ser investigado. (MINAYO, 2010, p.42)

6.1 O CONCEITO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA SOCIOLOGIA CLÁSSICA

Representações Sociais (RS) são definidas nas Ciências Sociais como [...] “categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a” [...] (MINAYO, 2010, p. 219)

Como objetos de estudo em pesquisas qualitativas, os pensamentos e percepções reproduzidos e re-apresentados em construções de significado têm sido abordados por diferentes correntes de pensamento dentro da sociologia clássica. As abordagens de Durkheim, Weber e Marx apresentam formas diferentes de estabelecer as relações entre o significado das idéias e as estruturas sociais em que surgem. (MINAYO, 2010)

Sob a perspectiva sociológica, Durkheim foi o primeiro autor a trabalhar objetivamente o conceito de Representações Sociais, ao qual referiu-se, num mesmo sentido, às **Representações Coletivas**, considerando-as em categorias de pensamento através das quais uma determinada sociedade elabora e expressa a sua realidade. Nesta concepção, Durkheim define uma **sociedade que pensa** a partir de **categorias** que surgem conscientemente, ligadas aos fatos sociais, que exercem alguma coersão sobre tais fatos e reapresentam-se em novos fatos sociais. Após serem observados e interpretados, são, enfim, transformados. (MINAYO, 1995)

Apesar de haver um substrato social como base das RS, o que caracteriza essa abordagem é a relativa autonomia das RS como fatos sociais, não sendo estes exclusivamente produzidos pelas condições materiais das relações sociais. Ou seja, as idéias e pensamentos (ou, RS) podem, em si, produzir novos pensamentos, independentemente das condições materiais; a exemplo da religião e dos costumes morais, bem como as categorias de espaço, tempo e personalidade, as quais Durkheim conceitua como representações sociais históricas. (MINAYO, 1995)

Assim, as RS não constituem estruturas relacionadas às consciências individuais, sendo passíveis de exercer um poder coercitivo sobre elas. Definem-se como símbolos, através dos quais

[...] é preciso saber atingir a realidade que eles figuram e que lhes dá sua verdadeira significação. Constituem objeto de estudo tanto quanto as estruturas e as instituições: são todas elas maneiras de agir, pensar e sentir, exteriores ao indivíduo e dotadas de um poder coercitivo em virtude do qual se lhe impõe. (DURKHEIM, 1978, apud MINAYO, 1995, p. 91)

Nessa perspectiva de objetividade positivista das RS concebida, Durkheim e seus seguidores têm sofrido a crítica de outras correntes de pensamento das Ciências Sociais.

Max Weber traduz seu pensamento apresentando uma elaboração compreensiva das RS (**Sociologia Compreensiva**) a partir de referenciais como idéias, espírito, concepções, mentalidade, trabalhando em particular, a **visão de mundo**. Em sua perspectiva, o cotidiano social dos indivíduos é carregado de significação cultural e expressa sua base material. A eficácia de idéias e concepções decorre de uma estreita relação onde ambas apresentam significação cultural e base material. (MINAYO, 1995)

Neste aspecto, **introduz a base material e eficácia de idéias interligadas eletivamente**, analisando e imprimindo a história do avanço do capitalismo ocidental, que induz os indivíduos de acordo com os interesses que permeiam a seleção econômica. Para tanto, desenvolve a teoria de que cada sociedade, para a sua manutenção, necessita de concepções do mundo abrangentes ao coletivo, porém, geralmente são elaboradas pelas classes dominantes. Derivam dessa concepção os estudos que têm o cotidiano como elemento de base na construção das estruturas significativas, onde o senso comum se constituiu a partir da interpretação dos fatos do dia-a-dia. (MINAYO, 2010)

Uma terceira linha de pensamento clássico é apresentada por Marx na interpretação do papel das RS, trazendo uma contribuição de opção metodológica que permite a construção de referências teóricas para a realização de uma pesquisa qualitativa sob o enfoque dialético. (MINAYO, 2010)

A categoria representativa em Marx para tratar do campo das ideias é a **consciência**. Para ele, o modo de vida dos indivíduos se encontra condicionado e modulado pelo modo de produção material que, em realidade, constitui as bases do pensamento e da consciência. Deste modo, as RS produzidas pelos homens se encontram condicionadas pelo desenvolvimento das forças produtivas de trabalho e por seu intercâmbio, sendo a consciência determinada pela base material. (MINAYO, 2010)

Neste contexto, Marx chama a atenção para as contradições existentes entre as forças de produção, o Estado social e as idéias, apresentando um paralelo entre a consciência e a linguagem, entre as representações e o real invertido, evidenciando o **comprometimento das idéias às diferenças de classes sociais**, onde a força material das classes dominantes interfere na expressão ideal em benefício de interesses próprios. (MINAYO, 2010)

A questão qualitativa da dialética marxista encerra as relações de conhecimento exterior ao sujeito (base material), mas também as representações sociais vivenciadas nas relações

objetivas entre os atores sociais, através das idéias, dogmas e ilusões, produzidos e reproduzidos pela mente humana ou consciência, sendo atribuídos de um novo significado. (MINAYO, 2010)

Acompanhando a corrente de pensamento de Marx, outros sociólogos como Gramsci e Lukács vêm ampliando a abordagem no campo das RS. Gramsci em particular, preocupa-se com a questão pedagógica de superioridade das RS, trabalhando as questões do senso comum e do bom senso, promovendo um avanço na teoria marxista sobre o mundo das idéias quando aponta o seu **potencial transformador para novas mudanças**. (MINAYO, 1995)

Desta forma, ele considera em Marx o determinismo econômico da base material sobre as idéias, mas progride para além, ao analisar o senso comum como matéria-prima ou como representação social com capacidades transformadoras correspondentes às condições reais do cotidiano da sociedade:

[...] pela própria concepção de mundo, pertencemos sempre a um determinado grupo, precisamente ao de todos os elementos sociais que partilham de um mesmo modo de pensar e agir. Somos conformistas de algum conformismo, somos sempre homens- massa ou homens coletivos (GRAMSCI, 1981, apud MINAYO, 1995, p. 100)

De um modo resumido, pode-se colocar que todos os autores clássicos e seus sucessores, na construção do conhecimento analisada a partir da compreensão das RS, concordam que são produzidas no contexto social, mas que é no plano individual que estas se expressam. Para Durkheim as idéias relacionam-se à vida social; para Weber existe uma adequação biunívoca entre as idéias e a base material; e, finalmente, Marx introduz a relação de determinação da base material sobre as idéias, na qual se apoia o desenvolvimento dos grupos sociais, admitindo a consciência de classe como o motor para as transformações nas contradições próprias da sociedade capitalista. (MINAYO, 1995)

6.2 CONTEXTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Considerando a proposta do estudo de incorporar os significados aos atos e suas relações sociais, e por sua natureza complexa e multifatorial, elegeram-se os pressupostos da **pesquisa qualitativa** como abordagem metodológica mais adequada à compreensão da mulher em suas motivações, opiniões, valores e expectativas, bem como suas relações com os propósitos de ações na assistência para promoção e apoio no estabelecimento da amamentação, admitindo-

se os processos pelos quais esses conhecimentos se estabelecem em aproximação com a realidade.

6.2.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no BLH vinculado ao Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), situado no município de Vitória, que se constitui em uma instituição docente-assistencial da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

O BLH/HUCAM é referência no Espírito Santo, de acordo com a Portaria 056-R de 04/04/2013 e, há 20 anos tem contribuído para o atendimento dos estoques de leite humano pasteurizado para os recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na assistência clínica das lactantes com dificuldades na amamentação e no treinamento e capacitação profissional em aleitamento materno.

Integra uma atuação interdisciplinar com a participação de médico, enfermagem, assistente social e funcionários técnicos, todos com capacitação no Manejo Clínico da Lactação e Aconselhamento em amamentação, além do conhecimento técnico das atribuições de coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano e das Normas estabelecidas pela NBCAL.

6.2.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram selecionados a partir dos atendimentos prestados pelo BLH-HUCAM, durante o segundo trimestre de 2014, sendo constituídos pelas mães/puérperas em regime de alojamento conjunto ou naquelas encaminhadas de outras unidades de saúde, com dificuldades iniciais de estabelecimento da amamentação, de recém-nascidos não gemelares, a termo e adequados para a idade gestacional.

Os critérios de inclusão foram formados por mães com dificuldades na prática da amamentação de recém-nascidos não gemelares, a termo e adequados para a idade gestacional (idade gestacional > 37semanas; peso de nascimento >2500g), que foram assistidos em regime de Alojamento Conjunto.

Os **critérios de exclusão** do presente estudo nomearam as mães de bebês que tiveram que ser separadas e daqueles com malformações orofaciais que impossibilitem a sucção. Com isso, buscou-se excluir condições que, em si, constituíssem um obstáculo à amamentação.

O número de participantes da pesquisa foi de 10 nutrizes abordadas individualmente, o que foi determinado de acordo com o critério de redundância ou saturação das informações.

6.2.3 Processo de obtenção dos dados

A coleta de dados das participantes do estudo foi realizada inicialmente através da aplicação de um questionário (APÊNDICE B) para identificação do perfil das mães atendidas pelo BLH-HUCAM e, posteriormente, foi empregada a técnica de entrevista conduzida a partir de roteiro semi-estruturado (APÊNDICE C).

O questionário foi aplicado no momento mais oportuno durante a internação das mães no alojamento conjunto, visando garantir a sua privacidade, após a apresentação da proposta do estudo e solicitada a sua autorização de participação, com o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em respeito à resolução 196/96. (APÊNDICE A)

As entrevistas foram realizadas com aproximadamente trinta dias após o parto, nas residências das participantes, onde foram gravadas e, posteriormente, transcritas de forma a preservar a integralidade dos depoimentos. Para a condução das entrevistas, uma vez que representam o momento em que se estabelece o referencial de obtenção dos dados subjetivos envolvendo as crenças, opiniões, sentimentos e comportamentos dos indivíduos, resguardaram-se os princípios de privacidade e confidencialidade, de forma a garantir a segurança e a liberdade das participantes durante os depoimentos.

Para o estabelecimento do diálogo e aprofundamento da percepção individual dirigida aos objetivos do estudo, a técnica de entrevista foi conduzida a partir de roteiro semi-estruturado, tendo como questões norteadoras as experiências e percepções acerca da amamentação, os motivos que as levaram a procurar o atendimento no BLH e os aspectos positivos e negativos identificados em suas vivências na assistência oferecida.

6.2.4 Asp ctos  ticos

Atendendo a critérios  ticos, cumpriu-se a resolu o 196/96 que respalda os projetos de pesquisa em seres humanos. Foi obtida a autoriza o para a realiza o da pesquisa na referida institui o, bem como a das participantes, através da leitura, concordância e assinatura do TCLE. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi voluntário, elaborado em duas vias, sendo uma entregue às participantes da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador. Respeitou-se o anonimato dos informantes através da utiliza o de siglas dos nomes e sobrenomes dos sujeitos. Garantiu-se, também, o esclarecimento dos objetivos e benefícios da pesquisa assegurando a autonomia de escolha dos participantes em retirar seu consentimento a qualquer momento. As entrevistas gravadas para posterior transcri o estarão sob a guarda do pesquisador por cinco (05) anos, sendo incineradas após esse período.

6.2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita com base na unidade temática, compreendendo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

A análise de conteúdo   conceituada por Bardin (2011, p.48), como "Um conjunto de técnicas de análise das comunica es, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descri o de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condi es de produ o/recep o (variáveis inferidas) destas mensagens".

Posteriormente, foi realizada em sequência: a codifica o e identifica o de temas, seu refinamento e categoriza o com o desenvolvimento e incorpora o de conhecimento pré-existente e a produ o de relatórios após o tratamento dos resultados, a inferência e a interpreta o.

As unidades temáticas foram organizadas de acordo com as questões básicas do roteiro semi-estruturado, as quais orientaram a apresenta o dos resultados, quais sejam: a experiência anterior com a amamenta o, o que pensa sobre a amamenta o, motivos que levaram a procurar o banco de leite e a assistência oferecida pelo BLH-HUCAM na experiência atual.

Tendo em vista garantir o anonimato das participantes, cada uma delas foi nomeada por uma flor.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos com as participantes, através do questionário e das questões definidas para as entrevistas na pesquisa de campo, a base para elaboração de análise foi sendo construída para a orientação dos resultados e discussão. Inicialmente será apresentado o perfil das participantes do estudo para, em seguida, analisar suas representações, a partir das questões-eixo definidas para a orientação da pesquisa.

7.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As variáveis consideradas na determinação do perfil das participantes do estudo buscaram agregar os principais fatores relacionados às influências positivas e negativas acerca da amamentação, destacadas em diversas pesquisas científicas, tais como: idade; número de gestações; escolaridade; trabalho fora do lar; tipo de parto; orientações durante o pré-natal; apoio profissional, do parceiro ou familiar; uso de bicos ou alimentação complementar ao seio; e, finalmente, o tempo de aleitamento materno ao final do primeiro mês após a assistência prestada pelo BLH.

Quadro 1 - Principais variáveis do perfil das participantes do estudo

Nome	Idade Anos	Gesta	Escolaridade	Trabalho	Parto	Pré-natal orientações	Apoio	Compl Chupeta	AM
Margarida	28	I	ESC	Sim	C (particular)	Curso gestante	Irmã	Chupeta	AMC
Hortênsia	31	I	ESC	Sim	C (particular)	Curso gestante	Mãe	Chupeta	AME
Orquídea	31	III	EFC	Sim	C (Hucam)	Incompleto US	Irmã	Não	AME
Rosa	23	I	EMC	Sim	V (Hucam)	Não Hucam	Mãe	Não	AME
Dália	23	I	EMC	Não	V (Hucam)	Não Hucam	Não	Compl	AME
Camélia	35	I	ESI	Sim	C (particular)	Curso gestante	Ajudante	Não	AME
Violeta	36	II	EMC	Não	C (Hucam)	Sim US	Mãe	Não	AME
Jasmin	29	II	ESC	Não	C (particular)	Curso gestante	Mãe/sogra	Compl	AME
Acácia	35	III	EMI	Sim	C (Hucam)	Não US	Filho 15anos	Não	AME
Lírio	18	I	EMI	Não	V (Hucam)	Não US	Sogra	Chu/compl	AME

Fonte: Elaborado pela autora

ESC = Ensino Superior Completo, ESI = Ensino Superior Incompleto, EMC = Ensino Médio Completo, EMI = Ensino Médio Incompleto, EFC = Ensino Fundamental Completo; Parto = C = Cesáreo, V = Vaginal; Pré-natal/orientações = US (Unidade de Saúde); Compl = uso de Complemento, Chu = uso de chupeta; AME = Aleitamento materno exclusivo; AMC = Aleitamento Materno Complementado

Considerando-se o perfil das participantes do estudo, totalizadas em 10 entrevistadas, a **idade** das mulheres variou entre 18 a 36 anos. Somente uma, com 18 anos, é considerada adolescente, enquanto que outra, com 36 anos, também é considerada gestação de alto risco em decorrência da idade.

A maioria das entrevistadas (seis participantes) foi composta de **primigestas** (duas delas com mais de 30 anos). Das restantes, duas experimentaram duas gestações, incluindo a do parto atual, e outras duas contaram com três gestações. É esperado que o maior número de primigestas sinalize que exista uma maior dificuldade na amamentação em mulheres que não tiveram qualquer experiência anterior. Entretanto, a presença de mulheres com **gestações anteriores**, e conseqüente experiência anterior com a amamentação, demonstra que isto não garante que a dificuldade não possa acontecer entre elas. No que concerne a este fato, Arantes (1995) já considera que, apesar da maior dificuldade representada pela ausência de experiência na primeira gestação, a vivência na prática da amamentação é individual e única para cada filho.

Em relação à **escolaridade**, quatro das entrevistadas concluíram o ensino superior (ESC) e uma apresentou ensino superior incompleto (ESI). Além disso, três fizeram o ensino médio completo (EMC), duas o ensino médio incompleto (EMI) e somente uma o ensino fundamental completo (EFC).

Seis das participantes exerciam **atividade remunerada fora do lar** (uma com meia jornada e cinco com jornada integral de oito horas) e apenas duas não pretendiam retomar suas funções, imprimindo em seus relatos a premissa de manter o AME até os seis meses. Das que deverão retornar às suas atividades, duas expressaram o fato paradoxal do tempo da licença maternidade de quatro meses (120 dias) em desacordo com as recomendações da importância do AME preconizado nos primeiros seis meses de vida do bebê.

Considerando o **tipo de parto** das participantes do estudo, houve um total de sete partos cesáreos e três por via vaginal. Todos os partos vaginais ocorreram no HUCAM, local onde ocorreram também, três partos cesarianos. Os demais quatro partos cesáreos aconteceram em instituições particulares. Cabe aqui considerar que a maternidade do HUCAM é referência estadual em partos de gestações de alto risco, o que pode justificar a indicação de partos cirúrgicos. Em relação à totalidade de partos cirúrgicos daqueles ocorridos em instituições privadas, isso pode estar indicando uma tendência no Brasil de indicação cirúrgica por comodidade do obstetra.

Nos últimos 25 anos, apesar das recomendações da OMS para que o profissional tenha por objetivo minimizar as intervenções na assistência ao parto, evidencia-se uma crescente indicação de partos cesáreos em quase todo o mundo. As diferenças a serem consideradas entre os países se resumem nas suas características peculiares de organização da assistência, relacionadas às prioridades em saúde pública, ao modelo político vigente e ao grau de intervenção e participação do Estado nos diversos níveis de assistência. Também deve ser considerada a relevância das condições sociais, educacionais e econômicas de cada sociedade.

Quando comparado a outros países, o Brasil apresenta elevadas taxas de partos cirúrgicos, observado predominantemente a partir de 1970, alcançando uma proporção de cerca de 80% de taxas de cesáreas no setor privado, e em torno de 35% no setor público, o que ressalta a importância na identificação dos fatores associados à decisão pelo tipo de parto. Em seu estudo, imprime nesta conduta a importância dos aspectos do relacionamento médico-paciente, como também do contexto sociocultural e econômico, com o despertar acerca dos diversos agentes interessados e atuantes que influenciam todo o processo de modelo assistencial, seja em instituições privadas ou públicas. Eles destacam que no Brasil há uma dualidade no modelo assistencial, sendo que 29% da população recebem uma assistência à saúde vinculada aos planos de saúde. Esses modelos de atenção ao parto apresentam diferentes formas de remuneração profissional e de financiamento do sistema.

Os aspectos relacionados aos processos judiciais por má prática médica, também podem estar incluídos na elevação das indicações de partos cirúrgicos.

Observa-se que a organização da assistência obstétrica em duas realidades distintas como em nosso país, expressa particularidades distintas em suas práticas assistenciais a nível público e privado. Entretanto, para Hotimsky et al (2002) a sobrecarga na jornada de trabalho do obstetra, que inclui atividades em consultório particular, plantão em hospitais públicos, atendimento ao parto em hospitais privados e, às vezes, atividades de ensino e pesquisa, faz com que esse profissional não disponibilize seu tempo para aguardar o trabalho de parto, favorecendo a decisão pela cesariana.

Os norte-americanos, que contam com um modelo fortemente medicalizado pelo uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetras, apresentavam taxas de aproximadamente 31,8% de cesáreas, nos estudos realizados em 2007. Esse fato é atribuído à prática médica defensiva, que corresponde a médicos apreensivos com processos judiciais por prática inapropriada, e à escolha do tipo de parto pela paciente.

Por outro lado, observa-se na França, cuja assistência à saúde é garantida pelo Estado, o mesmo fenômeno de crescimento, apesar de menos intenso, com taxas de 18,8% em 1999, considerando-se também o receio dos processos jurídicos, e ainda o aumento da idade materna.

Em resumo, na realidade de uma economia capitalista, diversos agentes interessados e atuantes, concorrem na cadeia política de assistência ao parto, influenciando todo o processo assistencial, com a inclusão dos médicos, pacientes e seguradoras. (PATAH; MALIK, 2011).

Do ponto de vista da realização de **pré-natal** e do referencial em **orientações** durante a gestação acerca da amamentação, das seis participantes que tiveram seus partos no HUCAM, duas realizaram pré-natal no hospital referenciado no estudo, mas não receberam orientações quanto à amamentação; três realizaram pré-natal em diferentes Unidades de Saúde (US) de Vitória, sendo que somente uma recebeu orientação quanto à amamentação; uma realizou pré-natal incompleto, justificando ser devido à ocorrência de greve na US à época, e por já ter feito acompanhamento pré-natal com orientações em gestação anterior. Das quatro participantes que realizaram seus partos em instituições particulares, todas receberam informações sobre a amamentação por ocasião de cursos de gestante.

Desta maneira, sobressai-se que as instituições públicas não têm priorizado a informação sobre a amamentação durante o pré-natal, em desacordo com as recomendações do MS. Em concordância às evidências científicas, o MS preconiza que um dos mais importantes elementos estratégicos para o sucesso da amamentação se configura pelo trabalho de educação durante o pré-natal, com orientações que têm como base as afirmações sobre as vantagens da amamentação e os riscos do desmame. (BRASIL, 2009a)

Todas as entrevistadas constituíam união estável e contavam com o **apoio do parceiro**. A maioria referiu também **apoio de outros familiares** no primeiro mês do pós-parto, principalmente de mãe (quatro participantes), sogra (duas) e irmã (duas). Uma delas contou com apoio de filho adolescente (15 anos) e outra com ajudante de serviços domésticos. Apenas uma das mulheres relatou não dispor de ajuda nos afazeres de casa.

Pontes, Alexandrino e Osório (2008) destacam em seu estudo a importância do apoio do pai-parceiro no exercício da amamentação, com uma resposta positiva de encorajamento e motivação para as mulheres.

Da mesma forma, a ajuda dos familiares com as tarefas de casa e os cuidados com o bebê, especialmente neste momento inicial de aprendizado e de mudanças no cotidiano das nutrizes, propiciam condições concretas facilitadoras e favorecedoras à amamentação.

Em relação ao **perfil dos recém-nascidos**, conforme o objetivo inicial da pesquisa de minimizar as variantes com consequências negativas para a amamentação, todos os bebês eram a termo (37 a 42 semanas) e com peso adequado para a idade gestacional, sendo quatro do sexo masculino e seis do sexo feminino.

Na recomendação oficial da OMS/UNICEF e do MS, em conformidade ao quarto *Passo para o Sucesso da Amamentação*, que preconiza a **ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto**, apenas cinco das entrevistadas relataram que seus bebês foram colocados em contato com o colo na sala de parto. Dos três partos vaginais, um recém-nascido foi colocado próximo à mãe logo após o parto, sendo os demais levados ao seio após os cuidados iniciais e colocadas as suas roupas. Os partos normais ocorreram, na sua maioria, durante a madrugada.

Embora a sucção espontânea possa não ocorrer antes da primeira hora de vida do recém-nascido, a amamentação deve ser oferecida logo após o nascimento, pois o contato precoce com a mãe está associado a uma maior duração do aleitamento materno. (WIDSTROM, 1990)

Os primeiros quinze dias após o parto são fundamentais para o estabelecimento de uma amamentação bem sucedida, pois é nesse período que a lactação acontece. Além de representar um momento de modificações fisiológicas, necessita intenso aprendizado, tanto por parte da mãe quanto do bebê, para que ocorra uma interação emocional prazerosa a ambos. A técnica da amamentação, com o domínio e a compreensão do seu manejo pela mulher é essencial para uma produção adequada e com uma efetiva transferência de leite para o recém-nato pela sucção, bem como para prevenir intercorrências frequentes, a exemplo de fissuras, traumas mamilares e ingurgitamento mamário. (GIUGLIANE, 2000)

Desta forma, a qualidade da recepção do bebê com uma assistência de suporte à amamentação imediatamente após o parto, com práticas hospitalares comprometidas ao estímulo precoce para o estabelecimento da sucção e dos vínculos emocionais entre a mãe e seu filho são potencialmente favorecedores ao sucesso da amamentação.

Quatro recém-nascidos receberam **complemento** alimentar ainda na maternidade, no primeiro dia de vida, com a justificativa de que não havia produção suficiente de leite, por choro

intenso do bebê e/ou ansiedade materna. Dois recém-nascidos receberam **chupeta** antes das orientações no BLH, e um após a alta, sendo todos por decisão materna. Nenhum RN sugou o seio na sala de parto, nem mesmo nos partos vaginais.

Os complementos ou substitutos do leite materno devem ser evitados, pois existem evidências de que seu uso está associado ao desmame precoce. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998)

Sua indicação deve ser criteriosa, no menor volume possível e de preferência por técnicas que não venham a concorrer para uma possibilidade de prejuízo à sucção ao seio, por confusão de bicos e interferência no aprendizado do recém-nascido, evitando-se a exposição desnecessária a bicos de mamadeiras, chucas ou chupetas. Da mesma forma, a mãe deve compreender a indicação do complemento, para minimizar a insegurança e a falsa idéia de baixa produção ou *leite fraco que não sustenta*, antes da ocorrência fisiológica da descida do leite ou apojadura, por volta do terceiro ao quinto dia após sucção efetiva em intervalos presentes durante as 24 horas do dia.

O uso de chupetas é desaconselhável pela possibilidade de interferência com a amamentação. As crianças que usam chupetas podem apresentar uma sensação de saciedade e geralmente são amamentadas ao seio com uma frequência menor, com conseqüente prejuízo na produção de leite. (GIUGLIANE, 2000)

Em resumo, o perfil das mulheres entrevistadas no presente estudo, visando categorizar as representações sobre a vivência em amamentação relacionada à assistência prestada pelo banco de leite humano do HUCAM, constituiu-se de uma população heterogênea em suas idades, tipo de parto, assistência pré-natal, bem como em suas experiências e gestações anteriores. Entretanto, percebe-se um diferencial em relação ao apoio do parceiro e/ou familiar e ao nível de escolaridade quando comparadas a outros estudos.

Durante as entrevistas foi observado que as mulheres com dificuldades na lactação que procuraram o atendimento realizado pelo banco de leite humano referenciado no estudo foram representadas com uma participação ativa de apoio familiar e/ou de seus companheiros, e ainda, com um maior nível de escolaridade e conseqüentemente, de esclarecimentos e posturas em relação à amamentação. Sob este aspecto, além de ser um favorecedor para a amamentação, reveste-se a importância para uma decisão materna positiva acerca do aleitamento, desde o período da gestação.

Estas mulheres reforçaram ainda em seus depoimentos, o diferencial fundamental da ajuda nos afazeres de casa e com o próprio bebê, e a necessidade de suporte também por sentirem desconforto e dor no pós-parto, sobretudo após o parto cesáreo ou complicações, a exemplo de varizes e inflamação dos pontos. Algumas relataram também, que nos primeiros quinze dias choraram muito, denotando uma grande labilidade emocional, que podemos atribuir inclusive às questões fisiológicas das alterações hormonais relacionadas ao período do pós-parto.

Cabe ainda ressaltar que o número de visitas para a assistência de orientações e apoio à amamentação no BLH variou de uma a seis consultas.

No momento da entrevista, aproximadamente no final de 30 dias de vida do recém-nascido, nove mulheres estavam amamentando seus filhos exclusivamente (AME). Durante o primeiro mês de vida, apenas um recém-nascido encontrava-se em AMC. Dentre todas as lactantes, esta foi a única a necessitar suspensão do aleitamento e dieta por translactação em *finger*, indicada por um período de três a cinco dias, devido à importante fissura mamária e dor intensa. Foi a mulher que procurou pela assistência do BLH mais tardiamente, com 8 dias após o parto. Em todas as demais, a correção da pega, posicionamento e sucção ao seio foram obtidos, sobretudo, na primeira, e menos frequentemente, na segunda consulta.

7.2 EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM A AMAMENTAÇÃO

No que se refere à experiência anterior com a amamentação, além daquela advinda de **outras gestações próprias**, incluíram-se nas questões, as relações com as **experiências de outras mulheres**.

Todas as entrevistadas relataram ter experienciado uma vivência em amamentação baseada nos relatos das experiências de familiares (mãe, irmãs, cunhadas), sendo que umas com sucesso e outras não.

Várias pessoas tentavam, me ajudavam. Minha irmã não conseguiu não... ela teve que ficar dando o leite. Minha mãe eu não sei. Mas as minhas cunhadas tentaram me ajudar... elas amamentaram. (Dália)

Minha mãe, por exemplo, teve três filhos e falou que nunca passou por esse e problema de sangrar e rachar. A minha irmã falou que teve excesso de leite. (Margarida)

Além disso, algumas mulheres referiram ter um pouco de conhecimento através da convivência com amigas e vizinhas com filhos pequenos.

Do meu convívio familiar, dos vizinhos, das colegas. Porque eu tive muitas amigas que ganharam neném tudo ao mesmo tempo, e todo mundo passou por este processo [...] E as minhas amigas... eu tenho três amigas que ganharam neném um mês antes de eu ganhar ele. Todo mundo “é assim mesmo, vai passar” “passa o leite que o leite cicatriza”. E até onde eu consegui fazer eu fui indo... (Margarida)

Eu tive várias amigas que estudaram comigo, da minha faixa etária, do meu relacionamento, e praticamente todas estão com bebê pequeno, e passaram por isso também. Algumas amamentaram exclusivamente até os seis meses, algumas introduziram fórmula para complementar e outras não chegaram nem até o peito, foram direto pra fórmula. (Camélia)

Apesar da convivência com a experiência de outras mulheres, os relatos sugerem que as mudanças culturais sofridas nestas últimas três a quatro décadas ainda se encontram em transição para o alcance de uma maturidade e efetividade na resolução das dificuldades e incentivo ao aleitamento materno. Isto é sustentado nos depoimentos das mulheres como multiplicidade de informações a serem assimiladas.

Lá em casa, todo mundo tava querendo a mamadeira! (Acácia)

Minha mãe, minhas tias amamentaram... mas já tem tanto tempo que assim, elas já nem sabem orientar. Tanto da minha família como da família do meu marido eu fui a primeira a ter filho e amamentar [...] Eu sabia como era a pega e como era a posição... recebi uma folha sobre 16 motivos que fazem o recém-nascido chorar sem saber o porquê... (Hortênsia)

A gente recebe muita informação sem o entendimento para assimilar a informação! (Margarida)

E cada um fala uma coisa... um fala assim: faz desse jeito!... e eu passei um milhão de coisas no meu peito... e eu passei um milhão de coisas no meu peito... porque todo mundo falava uma coisa assim: passa isso que vai melhorar... passa aquilo que vai melhorar... passa aquilo outro que vai melhorar... E nada resolvia! (Jasmin)

Uma das entrevistadas incluiu ainda a diversidade de informações pela mídia e internet, conduzindo à importância na uniformização das condutas e orientações, como já estabelecidas pelos *Dez Passos*, acrescido pela capacitação profissional através dos cursos de manejo clínico da lactação e aconselhamento em amamentação.

A maioria das entrevistadas relatou a importância do conhecimento e do apoio na experiência atual, com uma ênfase à satisfação de sentir-se mais completa como mãe, do aconchego emocional e da formação de um vínculo mais prazeroso.

No início foi um sufocão, mas agora assim, depois dos primeiros dez dias... acho que o pior foi os quinze primeiros dias, né. Que aí eu tava muito sensível, que qualquer coisinha eu tava chorando [...] Na primeira semana quem tava fazendo era o pai, né, que eu tava meio assim... eu tava sendo auxiliar do pai (risos). Aí depois eu fui pegando, fui fazendo sozinha. Agora, eu sozinha tomo conta do meu filho. (Hortênsia)

Eu queria ter dado o peito pra ele. Eu queria que ele soubesse mamar e eu soubesse dar o peito... e ele não sabia pegar... e eu não sabia dar... então, quando ele pegou no peito eu cheguei até a chorar [...] Ah! Eu acho bom! Eu gosto! E acho bonito também... eu não sei nem explicar. Às vezes eu olho pra ele assim e eu nem acredito que eu sou mãe assim... às vezes... (Lírio)

Por exemplo, igual eu já passei por duas gravidez que eu não tive leite, eu tive esse problema. Talvez nas primeiras gravidez se eu tivesse alguém que tivesse me instruído melhor em questão da mamada, do leite, não teria sido difícil eu ter, por exemplo amamentado meu filho. (Orquídea)

Três das entrevistadas que apresentaram gestações anteriores com uma experiência de amamentação mal sucedida e/ou aleitamento materno complementar (AMC), expressaram ainda em suas falas um sentimento de **incapacidade** e **culpa** pelo insucesso na(s) gestação(es) anterior(es), revelando com uma posterior experiência positiva, sentimentos de gratificação, realização e empoderamento como provedora mulher-mãe.

Com o outro filho foi bem difícil, por inexperiência... porque eu não sabia e no início eu deixei ele pegar errado já. E aí ele já fissurou, sangrou o peito... e aí eu fui ficando nervosa com aquela situação... e aí eu num queria dá o peito pra ele, mas também não queria complementar... mas aí ele ficava chorando muito... então assim foi causando muito estresse... eu fui ficando até deprimida, né, com essa situação [...] porque é uma sensação assim de incapacidade... porque aí eu pensei que eu podia ter insistido mais ao invés de ter dado o complemento... aí eu fiquei com aquela sensação de culpa. (Jasmin)

Meu primeiro filho, quando ele tava com três meses, ele adoeceu. Nisso por causa que eu tava dando a mamadeira... ele deu infecção intestinal e logo em seguida ele deu a pneumonia. Ele ficou 12 dias internado! [...] Quando eu tava amamentando eu

vi que eu tava amamentando errado... porque da outra filha eu também tava amamentando errado... aí eu já tava com meu peito todo machucado. (Acácia)

Nossa! Eu tô muito feliz de tá amamentando! [...] Então eu não tinha sentido isso ainda, de tão bom que é. Então nessa hora que ela tava mamando, eu sentia: é minha filha! Eu mãe e ela minha filha, não tem? Senti assim... nos meus outros dois filhos, faltou isso, sabe. De eu me sentir uma mãe completa. (Orquídea)

Jasmin acrescenta ainda, que a vivência com cada filho é diferente, salientando a necessidade de orientações e apoio na nova experiência, justificando que durante a vivência negativa não se recorda das orientações com o filho anterior.

[...] mas a teoria é uma coisa, na prática é outra. Na hora a gente tá ali vivenciando e a gente até esquece das coisas... da pega, de como amamentar e tal... (Jasmim)

Duas mulheres com experiências bem sucedidas em outra gestação relataram alguma dificuldade anterior e sempre reforçando a individualidade particular de cada vivência. Seus depoimentos expressam a dificuldade atual para amamentar, apesar da vivência favorável com o filho anterior, demonstrando a importância e o significado da experiência positiva nesta gestação com uma demanda de assistência profissional.

O meu primeiro eu já não tinha amamentado... da segunda machucou muito, mas mesmo assim eu fui dando... [...] até completar seis meses e cinco dias... (Acácia)

Um bebê é diferente do outro... eu já sabia muita coisa que eu aprendi com o outro bebê, mas fiquei com dor... ela dormia muito... eu não tinha leite. [...] O leite estava no colostro... ela não sabia sugar... (Violeta)

Neste aspecto, Arantes (1995) ressalta que as mães percebem a amamentação de forma única com cada filho, destacando além da interferência de outras situações de seu cotidiano, as características individuais de cada criança. Seu estudo permite ainda acrescentar que, para cada mulher, a experiência perpassa pelos sentimentos de incapacidade, ansiedade e culpa.

Poder-se-á sugerir, desta forma, que para as mulheres com uma experiência negativa anterior, a premissa de repetição e insucesso na nova gestação provavelmente venha a influenciar negativamente a amamentação, com a necessidade de uma maior orientação, apoio e até encorajamento por parte dos profissionais e familiares.

Assim, tanto a falta de experiência quanto outras experiências anteriores, sobretudo se negativa em relação à amamentação, necessita suporte de orientações e apoio, considerando

que cada processo constitui-se de experiências diferentes e individualizadas, e que, portanto, necessita ser *aprendido* e *reaprendido* nos diferentes momentos de suas vidas, em cada vivência. (ARANTES, 1995; RAMOS; ALMEIDA, 2003)

Três das entrevistadas colocaram de forma explícita a necessidade de uma relação interpessoal dinâmica ao esclarecimento e apoio das mulheres assistidas. Sob esse prisma, se faz mister considerar que a mulher informada não está capacitada a alcançar o êxito da amamentação sem a concordância do apoio individualizado de suas dificuldades e sem a consideração de todos os determinantes socioculturais que permeiam a amamentação.

Por mais que a gente faça curso e leia e aprenda a gente nunca tá totalmente preparada. (Camélia)

Eu fiz curso de gestante na gestação do outro filho... desse não [...] mas a teoria é uma coisa, na prática é outra. Na hora a gente tá ali vivenciando e a gente até esquece das coisas... da pega, de como amamentar e tal... (Jasmin)

Eu tive essa orientação no pré-natal. Mas a prática é totalmente diferente no dia a dia... (risos) ... (Hortênsia)

Desta forma, apesar da experiência com gestações anteriores ou com outras nutrizes, os depoimentos demonstram que a vivência é individual para cada mulher, tendo como variantes o contexto sociocultural do momento atual, o envolvimento emocional e as particularidades de cada recém-nascido.

7.3 O QUE PENSA SOBRE A AMAMENTAÇÃO

Quando perguntado às entrevistadas o que pensam sobre a amamentação, a primeira idéia se reportou à **importância para a saúde e o desenvolvimento do bebê**, destacando-se a questão da nutrição e da proteção, sendo esta referida como vacinas e anticorpos.

Porque é importante pra ela amamentar, pra saúde dela mesmo. É bom pro crescimento dela... (Rosa)

Que o leite tem todos os nutrientes, né, necessários pro desenvolvimento do neném. Até os seis meses não precisa de nada... tomar água.. tem todas a vitaminas, nutrientes. É o melhor alimento. (Hortênsia)

[...] E também a questão do crescimento da criança, vai criando anticorpos, a defesa.
(Orquídea)

Sob este aspecto, Nakano (2003) pontuou em seu estudo sobre as vivências da amamentação para um grupo de mulheres, que a cultura científica constitui um fator condicionante que fortalece a decisão da mulher em amamentar, traduzido pelo desejo idealizado de oferecer o melhor alimento para seu filho.

Da mesma forma, a OMS/UNICEF e o MS, baseados em evidências da maior aderência das mulheres ao aleitamento materno, e cientes de que a decisão de amamentar é pessoal e sujeita a variadas influências de socialização, também reforçam a importância de orientações sobre as vantagens do aleitamento materno para a mulher e para a criança, desde o pré-natal.
(BRASIL, 2009a)

Neste estudo, uma das mulheres entrevistadas enfatizou a importância do conhecimento dos benefícios da amamentação aliada à necessidade de ajuda e apoio no aprendizado da sua prática, para sentir-se confiante no desempenho de seu papel como mãe e provedora. Podemos destacar que experimentou a internação de seu primeiro filho aos três meses de vida devido à pneumonia, tendo como justificativa a consciência de que um dos motivos desse episódio deveu-se ao fato da criança estar em AMC desde o nascimento.

Nunca fui orientada nisso aí, em questão do leite, da importância de amamentar a criança. E a gente acha que tá sabendo, fazendo certo, mas cê num tem certeza, porque não teve uma pessoa pra te instruir. Fazendo assim, pegar e fazer assim: você tem que fazer assim e tal. Você tá me entendendo? Me dar um apoio, alguma coisa.
(Orquídea)

Em sequência à noção da importância do aleitamento para a saúde do seu bebê, o discurso materno sobre a amamentação passou a ser complementado pela concepção do **vínculo emocional e afetivo**, destacado inicialmente para o bebê, mas logo em seguida, apontando a proximidade da mulher e a elaboração dos laços de integração e satisfação na vivência das suas relações e cuidados com seu filho.

Agora a parte afetiva, a parte emocional, do contato, de você ter ele com você, de amamentar, de alimentar... isso que eu acho era o mais importante do que a parte da alimentação propriamente dita. (Margarida)

Mas o mais lindo que eu achei é a questão, por exemplo, igual dos meus filhos, meus dois filhos primeiros, eu não tive essa coisa... essa aproximação toda. (Orquídea)

Mas assim, no caso, pra mãe é um elo, né?... entre a mãe e o filho. Porque é um momento único na hora do aleitamento, né? Porque o leite tem um cheiro, um contato mais próximo quando você amamenta no peito. Mas assim é muito bom! Te prende muito (risos). (Hortênsia)

Alguns estudos têm considerado que a amamentação, para além de seus benefícios de caráter nutricional, imunológico e econômico, se destaca pelo fortalecimento da relação afetiva entre a mãe e seu filho, favorecendo ao adequado desenvolvimento psicomotor, cognitivo e emocional do bebê. (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; ESCOBAR et al., 2002; ICHISATO; SHIMO, 2002)

Algumas das entrevistadas destacaram o contato físico com um contentamento que enfatiza laços de **prazer** fortemente favorecedores a um relacionamento gratificante emocionalmente para as mulheres, e que parece efetivamente contribuir para minimizar as preocupações com as responsabilidades de atenção ao bebê, capacitando-as em segurança.

Ah! Quando ele olha nos meus olhos e eu nos olhos dele... não precisa mais nada... já está falando tudo... é bom demais! (Violeta)

Às vezes você fica nervosa, mas depois cê olha assim, ele dormindo. Eu fico olhando, e falo: gente é muito bom! [...] Que graças a Deus ele tá crescendo saudável... (Hortênsia)

Segundo Winnicott (1994), a amamentação pode se constituir em uma vivência significativa de intimidade, e quando bem sucedida, favorece o estabelecimento de um vínculo único e especial.

Outros trabalhos relacionados aos aspectos psicológicos na amamentação evidenciam que a própria sensibilidade, proporcionada pelo contato físico na amamentação, aumenta a possibilidade de oportunidades sensoriais facilitadoras ao conhecimento mútuo e a uma maior intimidade entre a mãe e seu bebê, sendo traduzidos pelas mulheres por sentimentos de alegria, prazer ou realização pessoal. (ALFAYA; SCHERMANN, 2005; CARRASCOZA; COSTA JUNIOR; MORAES, 2005).

Posteriormente, para além das dificuldades iniciais de adaptações biológicas, emocionais e sociais, as mulheres evidenciaram a amamentação como um cuidado que demanda tempo,

destacando o **fardo** de abster-se de si mesma, de seus afazeres próprios, e ainda acrescentar uma sobrecarga com as atividades nos cuidados do filho, sobretudo relacionadas ao tempo de disponibilidade integral com o horário de livre demanda da amamentação, resultando em acúmulo de tarefas, abdicação e mudanças em suas rotinas.

É cansativo... no início dói um pouco... eu preciso ser bem persistente... (Camélia)

Antigamente a gente pensava assim né? Um filho? Como vai ser? É a melhor coisa do mundo! Graças a Deus eu tô conseguindo superar...é difícil! Um “vucovuco” danado, que você fica um caco. Você abdica de tudo. Você é só exclusivamente dele. (Hortência)

Por outro lado, às vezes até de uma maneira consciente, as suas falas expressam uma certa **ambiguidade**.

[...] Mas assim é muito bom! Te prende muito (risos). [...] Às vezes cê fica nervosa, né, porque cê quer fazer alguma coisa, assim, cê fica só a cara. Cê não consegue ir no salão, se não consegue, se não consegue fazer nada. Literalmente nada, nada, nada! (Hortência)

Fácil não é! É difícil, é cansativo [...] mas é prazeroso ao mesmo tempo. Não é uma coisa que você fala assim: eu não queria tá nessa situação. É bom! Por um lado é bom, é muito cansativo, mas é bom! É bom! (Jasmin)

[...] você vê que sua vida mudou tanto... porque esse negócio de peito pra fora, peito pra dentro, peito pra fora, peito pra dentro...é lindo, é importante, mas não tem nada mais desgastante, entendeu? (Margarida)

Até que não cansa muito não... porque aperta, dói, mas só de estar com ela assim é muito bom! (Violeta)

Estudos realizados anteriormente revelam a perspectiva da ambiguidade das mulheres entre o fardo e o desejo de amamentar (SILVA, 1990; ALMEIDA, 2004), que associada ao perfil de maior vulnerabilidade emocional relacionado às modificações hormonais e fisiológicas do pós-parto, reforçam a necessidade de sensibilização dos profissionais que prestam assistência à mulher que amamenta, conduzindo o atendimento com as orientações relativas ao conhecimento da prática e do manuseio clínico, associando as relações de apoio para além da dimensão biológica.

No depoimento das entrevistadas, reveste-se de ênfase o sentimento de **solidão e desamparo**, reforçando o sofrimento, a ansiedade e a insegurança, sobretudo neste momento inicial de

estabelecimento da lactação e do pós-parto imediato, associado às dificuldades e demandas de cuidados com a realidade da chegada do recém-nascido.

Os primeiros dias foi difícil, né? Fiquei sozinha com meu esposo. Me deu desespero, cansaço, eu chorava muito... porque é meu primeiro filho... e ele chorava muito de fome. (Rosa)

Porque eu passei a vida toda num trabalho frenético, trabalhando, estudando, saindo, fazendo... você se vê a situação que você está dentro de casa... não pode sair. E isso começa a te dar um certo desespero. Aí o seu marido tem que voltar para o serviço dele e você se vê sozinha. (Margarida)

[...] Que eu, sozinha, não tava dando conta. Que ainda tive uma varizes interna estourada que me... eu fiquei muito debilitada, assim, minha perna, o movimento, tava doendo muito. Aí eles me ajudaram com a casa, minha mãe também, ele (marido) me ajudou muito nos primeiros dias. Ele que fazia tudo nos primeiros dias. Aí, depois que eu comecei a pegar porque, assim, a mãe fica muito sensível. Eu falei: Gente, eu fiquei muito chorona. Tudo eu chorava. Tudo! (Hortênsia)

As entrevistas ampliam um referencial acerca da **importância das orientações** às mulheres sobre as vantagens da amamentação, do conhecimento das modificações fisiológicas durante o estabelecimento da lactação, da relevância da pega e posicionamento adequados do bebê, bem como das possíveis dificuldades e complicações que possam implicar na necessidade de ajuda ao manuseio apropriado. Além de favorecedores ao incentivo do aleitamento, sob a perspectiva das entrevistadas possibilitam a sua capacitação para a tomada de decisões, traduzindo uma real efetividade para reconhecer a necessidade de esclarecimentos e auxílio profissional para lidar com a ansiedade e o sofrimento presentes nos primeiros dias após o nascimento. Muitas vezes, desvelam um resultado de empoderamento da mulher como cuidadora e provedora, sendo expresso no discurso da grande maioria das entrevistadas como uma experiência única e inexplicável.

[...] Eu fico olhando, e falo: gente é muito bom! cê vê que seu filho é seu. Que graças a Deus ele tá crescendo saudável, meu leite tá sustentando ele, eu não to precisando dá complemento. [...] Porque é um momento único na hora do aleitamento, né? (Hortênsia)

E depois é prazeroso... é uma coisa que só a mãe pode proporcionar, e isso só pode ser positivo. (Camélia)

No começo foi um sufoco, mas depois que ele conseguiu pegar... agora tá uma maravilha, um alívio. Ele só quer ficar agarrado no peito agora... daqui a pouco já tá

chorando. Tá ganhando peso direitinho... tá até mais... agora ele não quer nem a chupeta mais... só o peito. (Dália)

Antes eu tava nervosa, porque ela chorou a noite toda porque já tava machucando o peito e a minha pressão subiu porque eu tava nervosa porque eu não tava conseguindo amamentar ela... e aí depois, eu fiquei muito feliz de ter aprendido e conseguido... Agora tá assim... cheio de queijo... cheio de queijo... tá vendo como ela tá gordinha? (Acácia)

Apesar da insegurança e ansiedade se apresentarem mais frequentemente em mães de primeira gestação, as poucas entrevistadas que amamentaram anteriormente destacaram as diferenças na experiência de seus filhos ou a **ansiedade de reproduzir uma experiência negativa anterior**, revestindo ainda mais a importância do apoio e da orientação em suas vivências, para capacitá-las a lidar com as intercorrências apresentadas.

Quando eu tava amamentando eu vi que eu tava amamentando errado... porque da outra filha eu também tava amamentando errado... aí eu já tava com meu peito todo machucado. Eu sabia que tinha que pegar o bico assim (apontou a aréola) e eu tava só dando o bico... e ela tava mastigando o bico do peito e me machucando. Ela pegava o bico e eu espremia pra sair o leite... (Acácia)

Talvez nas primeiras gravidez se eu tivesse alguém que tivesse me instruído melhor em questão da mamada, do leite, não teria sido difícil eu ter, por exemplo amamentado meu filho quatro meses só e com mamadeira. Não foi porque eu não quis amamentar, mas porque eu não tive uma instrução da importância, não tive orientação de que a sucção certa é que produzia o leite... (Orquídea)

E cada um fala uma coisa... um fala assim: faz desse jeito! [...] E nada resolvia! Então a questão era assim, mais questão de jeito mesmo de mamar... (Jasmin)

Assim, as idéias predominantes sobre a amamentação, expressas pelas participantes, ressaltam de um lado, sua importância no desenvolvimento físico e emocional da criança, e de outro, os aspectos relacionados ao desempenho de um novo papel social como mulher, representando um momento de mudanças, conflitos e vulnerabilidade em seu cotidiano. Esta segunda dimensão alerta para a necessidade de um despertar cultural na percepção dos limites da prática da amamentação, que possa efetivamente contribuir na construção de uma assistência com elementos facilitadores aos anseios dessas mulheres.

7.4 MOTIVOS QUE LEVARAM A PROCURAR O BANCO DE LEITE HUMANO

Em relação aos motivos que levaram as participantes do estudo à procura pela assistência clínica pelo banco de leite humano, poder-se-á traduzir em duas dimensões de análise: de um lado, referenciando as **dificuldades concretas** que fizeram com que estas mulheres necessitassem da ajuda de orientações e apoio à amamentação, e por outro lado, da avaliação dos **canais institucionais relacionais** que as possibilitaram chegar ao banco de leite.

Do ponto de vista das dificuldades, nove mulheres relataram queixas associadas à **pega incorreta**, sendo que quatro destas apresentaram fissuras e seis referiram dor e desconforto à amamentação. Uma das entrevistadas chegou ao BLH com problema primário relacionado ao ingurgitamento mamário pela dificuldade em acordar seu bebê para uma sucção efetiva.

O principal reflexo emocional das dificuldades com a amamentação foi expresso em preocupação e ansiedade com a nutrição do seu bebê, diante de seu choro intenso *de fome*, interpretado na maioria das vezes como baixa produção láctea. A baixa produção láctea culturalmente remete ao *leite que não sustenta* ou ao *leite fraco*, o que não foi explicitamente manifesto pelas participantes da pesquisa, sendo acompanhada de sentimentos de frustração e incapacidade.

Porque, com uma semana que ele tinha nascido, eu comecei a ter fissura e sangramento. Como todo mundo me falava que isso era normal, nos primeiros dias, eu tentei de qualquer forma manter o aleitamento. [...] Tentei o peito... E nada! Um dia de sábado, já era seis horas, **o menino chorava de fome e eu não tinha leite**. (Margarida)

A questão pra alimentar ele né? ... e depois ele **tava chorando tanto** de madrugada que a moça me deu um copo de leite. Antes tentou colocar ele no peito, colocou a bombinha pra tentar ir tirando e estimulando. Aí ela tentando e tentando, e viu que **não tava dando leite**, então veio com o copinho de leite. [...] Me deu desespero, cansaço, eu chorava muito. Os primeiros dias foi muito difícil, porque é meu primeiro filho e ele **chorava muito de fome**. (Dália)

Ah, é só você colocar no peito, que não sei o quê... Aquela ladainha. Aí eu coloquei, colocavam, **ela sugava, sugava e nada**. Ela até na primeira noite **chorava... chorava... e meu peito doía muito**. (Orquídea)

Ela não acordava, simplesmente. Aí a gente tinha que chamar as enfermeiras, e todo mundo ficava tentando, passava a mão com água gelada, tirava a roupa dela e ela não acordava pra mamar. E aí depois a gente veio pra casa, e aí meu peito já tava

machucado, e eu tava nervosa, tava ansiosa, tava angustiada achando que ela **não tava se alimentando direito**, e que não poderia ficar muito tempo sem se alimentar porque podia cair a taxa de glicose. (Camélia)

[...] eu já sabia muita coisa que eu aprendi com o outro bebê, mas fiquei com dor... ela dormia muito... **eu não tinha leite**. O leite estava no colostro... ela não sabia sugar.. (Violeta)

Dentre os problemas mamários que constituem as dificuldades frequentemente relacionadas ao período da lactação e seu manejo encontramos os traumas/dor mamilares, o bloqueio dos ductos lactíferos e o ingurgitamento mamário, e mais tardiamente, ainda no primeiro mês, as infecções e abscessos mamários. A hipogalactia (baixa produção de leite) não fisiológica e não associada à pega incorreta é encontrada muito raramente.

A abordagem das lactantes do estudo acerca da inefetividade da assistência em amamentação oferecida pelo **alojamento conjunto** constituiu-se apenas de informações e orientações verbais para colocar o bebê no seio, sendo que a maioria das mulheres não recebeu a supervisão e o cuidado do exame de avaliação da mamada pelos profissionais deste setor da maternidade.

Quando as recebiam, as mulheres observaram improdutividade na resolução para a dificuldade ou queixa apresentada, sendo frequente a justificativa de baixa produção láctea e oferta de dieta complementar, acompanhada de controle da glicemia capilar do recém-nascido. Este fato demonstra em si, um referencial para uma maior necessidade de capacitação e conhecimento dos profissionais de saúde, tanto nos aspectos relacionados ao processo fisiológico da lactação, como também no cuidado de informação e acolhimento da mulher, no sentido de tranquilizá-la da importância do colostro e de que é necessária a sucção correta ao seio para que ocorra a descida do leite (apojadura) em torno do terceiro ao quinto dia após o parto.

Eu fui, procurei ajuda... e uma enfermeira da maternidade foi e colocou ele no peito... e depois ele tava chorando tanto de madrugada que a moça me deu um copo de leite. Antes tentou colocar ele no peito, colocou a bombinha pra tentar ir tirando e estimulando. Aí ela tentando e tentando, e viu que não tava dando leite, então veio com o copinho de leite. (Dália)

A enfermeira só falava que era pra dar. Ela levava o copinho, pedia pra você dar e fazia o exame da glicose. (Orquídea)

[...] meu peito já tava machucado, e eu tava nervosa, tava ansiosa, tava angustiada achando que ela não tava se alimentando direito, e que não poderia ficar muito tempo sem se alimentar porque podia cair a taxa de glicose. Eles chegaram até a monitorar lá no hospital... (Camélia)

No Posto também a moça insistiu, mas não conseguiu. E aí ela me aconselhou a ir ao banco de leite porque elas tinham mais experiência, mais formas de conseguir. (Dália)

Na **alta hospitalar após o parto**, as orientações de amigos, parentes e vizinhos diante das dificuldades com a amamentação também foram expressas pelas entrevistadas como sendo dirigidas a uma variedade de informações sem efetividade de resolução, o que ainda, conduzia à confusão e ao aumento de suas dúvidas e preocupações, contribuindo ao sentimento de incapacidade e assegurando a cultura do *leite fraco*.

[...] meu leite não sustenta... (Dália)

Eu já tinha ouvido falar que logo que pega dói e tal, mas eu tinha medo; será que ela tava mamando direitinho, será que ela tava mamando o suficiente, será que o leite está sustentando? Porque na hora que ela nasce não é leite ainda né? É aquele colostro logo nos três primeiros dias. (Camélia)

A **orientação dos profissionais após a alta** nas mulheres com dificuldades de amamentação constituiu-se, sobretudo, em orientações para procurar a assistência do banco de leite humano, não havendo qualquer exame das mamas ou da avaliação da mamada, inclusive não dedicando tempo para a escuta das queixas e das ansiedades das mulheres em relação à amamentação.

A consulta pediátrica não abrange tanto a parte de amamentação. [...] e também a minha preocupação era porque meu peito já tava doendo muito, e eu tava com medo daquilo ficar mais sofrido pra mim do que prazeiroso. (Camélia)

Eu já tinha conversado com a médica dele e a médica falou que era limpar, banho de sol e o leite pra cicatrizar... (Margarida)

Considerando a análise dos **canais institucionais** que viabilizaram o encaminhamento ao banco de leite humano, apenas duas das entrevistadas foram encaminhadas pelo pediatra durante a visita médica no alojamento conjunto do HUCAM.

E graças a Deus que o pediatra olhou e viu que tava errado... senão meu peito ia tá todo machucado igual da outra vez... (Acácia)

No dia da minha alta olharam, e teve uma médica que até falou: “Não, peraí que é só massagear, que é só fazer não sei o quê e tal”. Aí foi, tirou meus seios, fez e viu que não tava saindo. Aí foi que, aonde, o rapaz que tava, o pediatra que tava acompanhando foi que me encaminhou pro banco de leite. (Orquídea)

Outra procurou o banco de leite no segundo dia de alojamento conjunto do hospital do estudo, após observar outras mulheres comentando positivamente acerca do atendimento realizado, que foram assistidas por recomendação de uma profissional do próprio banco de leite. E uma terceira relatou ter sido orientada pela acompanhante de outra puérpera/lactante do alojamento conjunto do HUCAM. Duas mulheres foram encaminhadas após a alta hospitalar, uma pela enfermeira da US durante a consulta de revisão e a outra relatou ter sido orientada pelo plano de saúde e por uma funcionária de uma farmácia.

Eu não conhecia o banco de leite. Eu fui no posto (US) e a enfermeira que me indicou tá indo lá no banco de leite. (Dália)

Ninguém me orientou a descer no banco de leite. Eu vi um monte de mãe comentando “Ah! Nun sei o que vai no banco de leite”, porque veio uma menina lá de baixo do banco de leite falando do banco de leite. Aí eu pensei... eu vou lá então. No começo eu achei assim... não vou lá não. Mas no segundo dia eu fui. E até melhorou o meu peito. A rachadura já saiu do meu peito, pois tava doendo demais. (Rosa)

[...] foi uma acompanhante de outra paciente que já tinha descido no banco de leite. Eu já tinha dito pro pediatra que eu não tava conseguido dar o peito direito, que não tava saindo nada, que ele não tava pegando. Aí ela anotou lá, e começaram a mandar leite de potinho pra ele tomar. (Lírio)

O plano de saúde já tinha me orientado a procurar o banco de leite, mas eu fui numa farmácia comprar aquelas pomadinhas de lanolina e a menina falou: “Não faça isso! Procure o banco de leite agora!”. Eu tava dentro da farmácia, telefonei e fui. (Margarida)

Das demais, quatro procuraram a assistência do banco de leite por decisão própria. Duas dessas mulheres relataram que já tinham a intenção de procurar por orientações tendo por base, fundamentalmente, as informações acerca da amamentação recebidas por ocasião do curso de gestantes no pré-natal.

E aí, eu quis ir no banco de leite pra ver se eu tava fazendo tudo direitinho, se ela tava pegando certinho, se eu precisava melhorar alguma coisa, se eu tinha alguma orientação melhor pra receber. (Camélia)

[...] porque como eu tava tendo muito leite, tava começando a endurecer o meu peito. Por isso que eu procurei lá a HUCAM... pra me ajudar a ordenhar o leite que eu não tava conseguindo. Tava tendo muito leite, meu peito tava ficando muito duro, eu tava com medo de empedrar, né, e por esse... pra elas me explicarem sobre isso. (Hortênsia)

As outras duas decidiram buscar ajuda em decorrência de experiências anteriores negativas, seja pelo sentimento de frustração ou incapacidade vivenciados com o(s) outro(s) filho(s), seja pela consciência da importância da amamentação.

[...] eu não tinha assim leite, né? Desci pra aprender a fazer a massagem e como colocar ela pra mamar direitinho... ela dormia muito... como acordar ela... [...] Aí nela eu pensei assim: a primeira coisa que eu vou fazer é procurar ajuda. (Violeta)

Porque quando o meu filho não quis mais pegar nem mais o pouquinho que ele já pegava eu sofri muito... Então com ela eu decidi que eu queria amamentar... era assim uma questão de honra! (Jasmin)

Interessante observar que o número de visitas ao banco de leite variou de uma a seis, com uma média de três visitas, sendo que a pega com sucção efetiva aconteceu na primeira ou segunda consulta em cerca de nove das mulheres deste estudo. Apenas para uma das entrevistadas, que apresentava dor e desconforto acentuado com uma semana após o parto, houve a necessidade de um tempo maior de visitas e realização de pega correta, pela indicação clínica da suspensão temporária do aleitamento para o tratamento das fissuras mamárias.

A partir dos motivos que levaram as mulheres ao atendimento pelo BLH, observou-se que as intercorrências foram resolvidas com poucas visitas, sobretudo quanto mais precoce ocorreu a assistência. Isso adverte para uma melhor qualidade na capacitação profissional, dirigida à compreensão do processo fisiológico da lactação, à avaliação da mamada e ao conhecimento do manejo clínico da amamentação, para uma orientação e resolução mais efetiva na prática das dificuldades iniciais com a amamentação.

7.5 ASSISTÊNCIA OFERECIDA PELO BLH NA EXPERIÊNCIA ATUAL

Na avaliação da assistência oferecida pelo banco de leite humano do HUCAM, a principal idéia que emerge das entrevistas foi a de que as mulheres receberam **orientações efetivas**, que contribuíram à resolução, na prática imediata, do problema que enfrentavam. A compreensão

da dificuldade apresentada e o aprendizado de como lidar com o próprio corpo e com o bebê, trouxeram alívio, segurança e confiança às mulheres.

... por isso que eu procurei lá a HUCAM, pra me ajudar a ordenhar o leite que eu não tava conseguindo. Tava tendo muito leite, meu peito tava ficando muito duro, eu tava com medo de empedrar, né?... pra elas me explicarem sobre isso. [...] Ah, foi ótimo! Deu um alívio, né? Aí elas me explicaram tudinho, me mostraram como eu faço... aí eu vim pra casa e fiquei mais tranquila... eu comecei a fazer isso com ele. [...] Aí, não empedrou e ele tava tomando. Aí depois a gente foi se desenvolvendo, eu e ele. Fomos nos entendendo... (risos) (Hortênsia)

O atendimento lá do banco de leite, a moça instrui melhor, ela mostra como tem que ser feito... num só socar o peito na boca da criança... porque eu tava socando o bico do peito... eu não sabia que tinha que enfiar também a “arruela” (aréola) na boca da neném. Lá no banco de leite eu aprendi como era o certo... e na enfermaria não me ensinaram nada! [...] Antes eu tava nervosa, porque ela chorou a noite toda porque já tava machucando o peito e a minha pressão subiu porque eu tava nervosa porque eu não tava conseguindo amamentar ela... e aí depois, eu fiquei muito feliz de ter aprendido e conseguido... (Acácia)

As orientações expressas pelas depoentes como instrução e explicação, foram relativas aos aspectos clínicos de desempenho e reconhecimento da postura e pega corretas, de como estimular e acordar o bebê, identificando a sucção efetiva, e ainda, no exercício da massagem e ordenha das mamas. Também relataram receber informações de como oferecer o leite ordenhado por técnica de translactação, que consiste na sucção ao seio ou no dedo mínimo com o auxílio de uma sonda conectada ao recipiente com o leite ordenhado.

Primeira coisa, foi a forma que a neném tava pegando, a forma que eu tava dando o leite. Que eu botava na boca mas ela não pegava a *auréola* (aréola) toda do peito. Aí me orientou isso. Outra coisa também foi a mão, que eu pegava o peito igual uma tesourinha, né?... que elas falam que não é assim, que era ao contrário, segurando. Me explicou, assim, tudo. A forma certa de tá amamentando. (Orquídea)

O que eu aprendi foi muito importante para ela continuar no peito. Ainda bem que eu fui lá embaixo, porque senão minha filha ia continuar pegando só o biquinho, porque nunca passou pela minha cabeça que ela tinha que pegar o bico todo. (Rosa)

Elas ensinam a segurar o bebê, tem paciência, como a boca tem ficar aberta... Lá em cima elas falam que tem que tá mexendo com ela... aqui me ensinaram a mexer na bochecha... fazer cosquinha no pezinho... a acordar ela. (Violeta)

Elas instruem a gente a não estar usando bico artificial, não usa mamadeira, não usa a chupeta que é pra não dificultar. Então quando você chega lá você se sente segura! [...] Aí eu cheguei lá e elas colocaram ela pra mamar... e ela mamou e mamou... e aí quando eu cheguei em casa eu consegui! (Jasmin)

Eu descia pro banco de leite e levava a vasilhinha com o leite... mas a mulher lá até jogava fora... disse que a gente não precisava dar pra ele não. No primeiro dia, como eu não tinha bico, elas tiravam leite na bombinha e colocavam ele no meu peito com uma sondinha e ele sugava os dois... o meu leite e do da sondinha... aí foi estimulando mais... (Lírio)

Para o aprendizado é importante ressaltar que as mulheres assistidas relataram que foi **mostrado** como fazer, revelando a capacitação no manejo clínico da lactação que consiste, inicialmente, em observar como a mãe está fazendo ou qual a sua dificuldade, para depois orientar efetivamente mostrando, instruindo e explicando até que ela se sinta com habilidade e segurança.

Ela só tava pegando o biquinho só, e ela tinha que estar pegando o bico todo. Aí lá embaixo elas me mostraram aquele peito de almofada e me explicaram muito. (Rosa)

Elas ensinam a segurar o bebê, tem paciência, como a boca tem ficar aberta... (Violeta)

[...] Depois mostraram que ele não podia pegar só no bico... que tinha que pegar o *negócio* (aréola) todo. Explicaram direitinho. E ele tava assim menorzinho, então elas me ensinaram a dar mamá pra ele sentado.. eu segurava assim na bundinha dele e ele mamava sentado. No dia da minha alta meu peito ficou empedrado. Aí elas me ensinaram a fazer a massagem... ficou com pedra! E depois da massagem ficou assim tirando leite, porque tava muito cheio... chegava a tar quente! (Lírio)

E aí eu falei que tava sentindo um pouco de dor, que eu queria saber se estava tudo bem e tal, se tinha algum problema e se tinha alguma coisa que eu pudesse fazer. E aí ela pegou minha filha e colocou lá do meu ladinho e me sentou, me explicou o que que ela ia fazer e aí botou ela no meu peito e falou: “bota você no peito pra eu ver como que ela tá pegando, como que você está fazendo, pra gente ver se tem alguma coisa que a gente possa melhorar”. Aí ela falou: “tá tudo certinho mas a gente pode melhorar mais ainda”. Você pode abrir a boquinha dela, pode arrumar mais um pouquinho a cabeça e tal,...” e aí ficou tudo bem e ela mamou mais um pouquinho. (Camélia)

Com relação à linha de cuidados efetuados no atendimento prestado pelo BLH, as entrevistadas enfocaram a concordância do **suporte emocional** às suas queixas, proporcionado pelo **apoio** de uma assistência individualizada, com uma atitude de atenção às suas necessidades e prontidão de compreensão às suas dificuldades, incluindo o interesse no acompanhamento de seu problema até que sintam confiantes e aptas em seus objetivos.

Mas ainda tava com o problema desse outro peito com fissura. Aí eu voltei lá no outro dia... e quando eu cheguei lá elas conseguiram amenizar bastante... e elas me falaram: agora você tenta em casa. Se você conseguir você vai dando... agora, se tiver dificuldade, você volta outra vez que a gente vai trabalhando esse peito até resolver. Mas aí eu consegui e me senti capaz. (Jasmin)

O que eu aprendi foi muito importante para ela continuar no peito. [...] E diariamente, alguém lá de baixo (funcionária do BLH) pergunta: ela tá mamando bem? Ela tá pegando o peito todo? (Rosa)

A atenção foi melhor, elas insistem mais. Na maternidade foi uma vez, colocou lá e deixou lá e foi embora... nem insistiram também muito. (Dália)

Cabe aqui destacar a relevância da capacitação em **aconselhamento da amamentação**, que implica na assistência dirigida a auxiliar a mulher em suas decisões, a partir de uma postura empática, compreendendo suas inseguranças, dificuldades e sentimentos; sabendo ouvir e permitindo que se expresse em todas as suas dúvidas e anseios; orientando sem julgamentos ou imposições; e sugerindo, incentivando, cooperando com atitudes de interesse, apoio e confiança. (GIUGLIANE, 2000)

O curso de aconselhamento em amamentação vem sendo implementado desde 1995, com o suporte do MS, de secretarias de saúde e do Instituto de Saúde de São Paulo. Os profissionais treinados podem desempenhar um papel de relevância no aumento dos índices de aleitamento materno, a partir do aprendizado de habilidades que se constituem em importante instrumento para o fortalecimento das mulheres nas dificuldades inerentes à prática da amamentação, em confronto às realidades do seu cotidiano. O conhecimento e a prática do aconselhamento pelos profissionais de saúde desperta para uma postura de assistência à saúde que sensibiliza e incorpora a necessidade do desenvolvimento de uma estratégia de conduta com base no conhecimento científico e domínio na prática, aliados aos elementos do contexto social, cultural e psicológico do individual materno das lactantes. Estas estratégias e habilidades imprimem à assistência elementos altamente favorecedores à auto-confiança e auto-estima

maternas, preparando-as para a tomada de decisões, e contribuindo para o incentivo e promoção, com aumento das taxas e da duração. (BUENO; TERUYA, 2004)

Entretanto, foi bastante ressaltado no discurso das mulheres assistidas pelo BLH que, antes de tudo, sentiram-se **acolhidas** em suas necessidades, sobressaindo os sentimentos de uma atenção compartilhada e da percepção de seus anseios, com demonstrações de dedicação, interesse, comprometimento e incentivo.

[...] E até melhorou o meu peito. A rachadura já saiu do meu peito, pois tava doendo demais. E toda vez elas falavam; daqui a tal hora você volta... daqui a tal hora você volta! Entendeu? **Eles tinham aquela preocupação.** (Rosa)

A **atenção** foi melhor, elas insistem mais. [...] porque elas tinham mais experiência, mais formas de conseguir... (Dália)

Aqui é mais **aconchegante**, a gente tem **carinho**, né? ... é a maneira que elas atendem... a pessoa tem que ter paciência, tem que gostar. Lá em cima (no alojamento conjunto) não tem uma pessoa pra ajudar a colocar... às vezes a postura pra segurar o bebe. E como eu tive cesárea fica pior ainda... eu tava sentindo dor ainda... estava difícil acertar a posição dela... (Violeta)

Nossa! Foi muito bom! Primeiro que eu acho interessante que lá no banco de leite elas **são muito atenciosas**... as profissionais são bem atenciosas. Então é assim: parece que elas **se colocam no lugar da gente**... porque elas tratam a gente de forma assim: você vai conseguir, você vai conseguir amamentar, a gente vai continuar te ajudando, você não precisa desistir. (Jasmin)

Gostei muito das meninas, **são muito atenciosas**, né. Explicam direitinho, **têm paciência** de explicar, né. Porque quando a gente vai pro banco de leite a gente fica assim totalmente atordoada. Porque a gente acabou de ganhar o neném, né? Tudo é novo, né? ... e vai com aquela dor... (Hortênsia)

Primeira coisa que eu achei, assim, que me deixou muito satisfeita e esperançosa, por que até então pra mim eu era uma pessoa que era uma mãe mas que não poderia estar amamentando meu filho da forma que eu queria amamentar, e quando eu cheguei no leito materno eles, foi uma moça até veio conversar comigo e tal. Ela foi dando massagem e tal, e eu falando assim: Olha, mas não sai leite. Fui falando, né, a situação. Ela falou: Não, não existe isso, mãe. Calma, você vai ver, daqui uns dias você tá... Sabe, a forma. Me deu uma, como se diz assim, **me deu uma segurança** pra mim tá amamentando. [...] já começou o peito a pingar leite... chegou a pingar leite. Eu fico até emocionada de falar, porque eu tive duas gravidez e eu não pude fazer isso. (Orquídea)

Foi ótimo. Eu cheguei lá e **a pessoa que me atendeu** perguntou porque que eu tava indo, quem tinha me indicado, e eu expliquei tudo o que eu falei aqui pra você. E aí eu falei que tava sentindo um pouco de dor, que eu queria saber se estava tudo bem e tal, se tinha algum problema e se tinha alguma coisa que eu pudesse fazer. [...] e elas explicaram tudo direitinho! (Camélia)

Desta forma, podemos verificar no discurso das vivências dessas mulheres, a partir da assistência oferecida, que o atendimento realizado pelo BLH-HUCAM desvela um universo interdisciplinar, em que todos os funcionários envolvidos encontram-se comprometidos com uma atenção revestida pela capacitação teórica e prática no manejo clínico e nas habilidades de aconselhamento, com uma relevância na orientação dos aspectos biológicos, socioculturais e emocionais, considerando, acima de tudo, os direitos de assistência à saúde dessas mulheres e colocando-as como integrantes de um processo compartilhado e com a responsabilização de ter garantidos a resolução de seu problema e o seu acompanhamento.

O **acolhimento** tem por pressuposto uma postura assistencial interpessoal do profissional com o usuário e sua rede social, que o reconhece como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, valorizando seus direitos, pactuando respostas que atendam às suas reais necessidades dentro de cada contexto, com a responsabilidade e comprometimento de resolução às suas dificuldades e demandas em saúde. (BRASIL, 2009b)

No estudo realizado, as entrevistadas retrataram em seus depoimentos uma resposta de satisfação às suas expectativas, tanto nos aspectos relacionados às suas dificuldades clínicas, tanto com as suas habilidades como mãe-nutriz, e se sentiram melhor capacitadas à tomada de decisões em amamentação. Próximo aos seus trinta dias de vida, nove bebês encontravam-se em AME e um em AMC.

Podemos supor que, a RedeBLH buscando a excelência dos seus objetivos através das formas de operacionalização e organização em sua área de abrangência, transferiu automaticamente os princípios de uma assistência humanizada e de direito a todos os indivíduos envolvidos, resultando no exemplo de primazia de um reconhecimento através dos melhores resultados em amamentação, superando os interesses de um capitalismo desregrado e de baixa eficácia em benefícios, motivação e qualidade de assistência em saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa acerca das representações sociais das mulheres assistidas pelo BLH-HUCAM mostrou:

- As mães detiveram uma concepção positiva sobre o processo de amamentação, considerando os aspectos relacionados à nutrição e à proteção imunológica para o filho, e ainda integraram uma percepção dos aspectos afetivos da relação que se estabelece, beneficiando a ambos. Por outro lado, apontaram que é uma experiência acompanhada de muita ansiedade e sentimento de solidão diante das expectativas de realização pessoal, num contexto de significativas mudanças de cunho biológico, emocional e social, ao qual suas vidas ficam subordinadas.
- O entorno social é relevante como núcleo afetivo e cultural das experiências com a amamentação, primeiramente desvelado pelo suporte familiar, de amigos e, sobretudo, pelo apoio do companheiro (todas as entrevistadas tinham adesão e ajuda dos parceiros). Também revestiu-se a importância do amparo social localizado nas organizações e instituições, particularmente as de assistência à saúde, para o reconhecimento e encaminhamento adequado das condições objetivas da maternidade/amamentação que necessitam esclarecimentos, apoio e resolutividade do problema. Essas condições objetivas apontaram para deficiências por parte dos serviços de saúde, especialmente os públicos, onde parece que o suporte à amamentação relacionado às dificuldades e queixas iniciais da lactação no Alojamento Conjunto (AC) e nas Unidades de Saúde (US), foi percebido pela maioria das entrevistadas como inabilidade, falta de experiência ou incapacidade do profissional de saúde para resolver o problema.
- A importância do conhecimento sobre a amamentação durante o pré-natal como um elemento favorecedor, o que possibilitou algumas das mulheres o reconhecimento de sua dificuldade e a procura, **por decisão própria**, da assistência e ajuda profissional do BLH. Isto foi evidenciado nas falas de algumas das entrevistadas que receberam informações e orientações por ocasião da gestação, em *cursos de gestantes*, ou a partir do aprendizado em experiências anteriores com a amamentação.

- Apesar de clinicamente ter sido constatada que a maioria das intercorrências apresentadas estivesse relacionada à pega incorreta, as mulheres expressaram sua dificuldade com sentimentos de frustração e incapacidade, que associavam ao choro de fome, leite que não sustenta e baixa produção. Neste enfoque, reveste-se a *cultura do leite fraco* como uma postura resolutiva que muda o conceito real da lactação nas mulheres desassistidas ou pela argumentação e inabilidade profissional, cabendo aqui o questionamento acerca da capacitação em amamentação dos profissionais de saúde na área materno-infantil frente ao despreparo em lidar com a multiplicidade de fatores relacionados a esta prática.
- As dificuldades apontadas, que demandaram a procura de assistência especializada no BLH, foram graves do ponto de vista da condução ao desmame precoce, mas mostraram, em sua grande maioria, serem relativamente de fácil manejo clínico. Entretanto, desvelam a necessidade de uma assistência capaz de desenvolver a confiança e o apoio em suas dificuldades e expectativas. Isto pode ser percebido nas falas das depoentes, ao revelarem terem tido uma experiência de assistência onde encontraram: acolhimento, instrução, demonstração, paciência, interesse e afeto por parte da equipe.
- Essas experiências dizem respeito ao grupo de participantes com características específicas, cujo perfil apresentado foi constituído de mulheres que tiveram acesso a um serviço especializado de assistência em amamentação, como o BLH-HUCAM. Portanto, o estudo não tem a representatividade das dificuldades cotidianas da maioria das mulheres nas diversas maternidades que não dispõem de um serviço especializado. Muito embora o ingresso ao BLH-HUCAM seja gratuito, sem agendamento e em horário integral todos os dias da semana, há de se considerar as dificuldades de acesso impostas pela falta de informação e conhecimento das suas atribuições assistenciais, ou ainda, pela distância e pelas circunstâncias de transporte. Mas ressaltamos que o trabalho interdisciplinar na assistência prestada pelo BLH, com o referencial de atuação clínica e atenção em aconselhamento, merece destaque ao trazer a mulher como protagonista de sua história.

Percorrendo sua trajetória histórica, as políticas nacionais de incentivo ao aleitamento materno se desenvolveram, principalmente, a partir do aporte científico da saúde pública

indicando a supremacia do leite humano como o alimento preferencial à vida, e por ser único na garantia de suas funções imunomoduladoras para a espécie humana.

Desde a colonização e a introdução do desmame precoce por influência da cultura européia de amamentação; percorrendo a introdução da medicina impositiva e voltada aos aspectos biológicos da amamentação até as transformações sociais no final do século XIX, com a introdução dos leites industrializados no país e sua promoção pelo marketing formador de opinião, e conseqüente institucionalização do desmame comerciogênico; as políticas nacionais de incentivo ao aleitamento materno permaneceram moduladas pelos interesses do capitalismo.

Apenas a partir da década de 70 do século XX, diante da constatação de um dos mais sérios agravos à saúde pública, decorrente dos elevados índices de desnutrição crônica e mortalidade infantil, é rompida a dominação mercenária do capitalismo e, em 1981, o Brasil se inseriu no cenário internacional pró-amamentação com a criação do PNIAM, mediante a implementação de ações no pré-natal, parto e puerpério.

Progressivamente, as políticas nacionais se acrescentaram de novas estratégias, com a criação de programas de maior abrangência na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, definidos pelos seis eixos prioritários em políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno.

O reconhecimento de que é um direito da mulher que amamenta apresentar dúvidas, dificuldades, labilidade emocional e dificuldades acerca da lactação, e que estes encerram o conceito de saúde, é fundamental para a efetividade e resolutividade de uma assistência que coloca o usuário como protagonista desse processo.

Neste aspecto, reveste-se a importância disposta na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, a partir da Lei Orgânica de nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142/90, de 1988, que aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política e, no evidenciado a partir das entrevistas deste estudo, entre a **produção de saúde e produção de subjetividade**.

Esta proposta aos diferentes universos de sujeitos interessados e implicados, desde o usuário aos seus gestores, propõe novas formas de operacionalização e organização para a superação de limites e desafios em saúde. Adotando o princípio da transversalidade, através da utilização

de consolidação de redes, vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, o objetivo primordial é efetivamente potencializar uma garantia de atenção integral, resolutive e humanizada.

Nas últimas décadas, em conformidade ao desenvolvimento tecnológico e informacional e, sobretudo, norteados pelos interesses do capitalismo, podemos observar uma cultura de fragmentação das formas de trabalho, em contraposição ao discurso de interdisciplinaridade na assistência em saúde. As especialidades se dicotomizam em suas tarefas sem a interação entre seus saberes, com discursos distintos dentro de cada setor, não instrumentalizando os alunos e os próprios profissionais para uma atuação que considere o contexto da integralidade da assistência em saúde, para a garantia de melhores resultados.

Especificamente para a mulher, o objetivo proposto em políticas públicas é abranger a integralidade na linha de cuidados desde o pré-natal, incluindo o parto, o período do puerpério e o acompanhamento da criança até os dois anos de vida.

Para tanto, é necessário uma mudança de atitudes que possa sensibilizar os profissionais para o resgate cultural nos cuidados de atuação humanizada expressos pelo SUS, para o alcance dos objetivos de implantação da IHAC e, igualmente, no acompanhamento pelas UBS.

Os trabalhos que procuram respostas e soluções para aumentar as taxas e o tempo de amamentação, visando a curto e a longo prazos, uma melhor qualidade de saúde com melhor qualidade de vida das mulheres e crianças, terminam por questionar a qualidade da assistência e a instrumentalização dos profissionais de saúde, dos serviços de saúde, bem como das estruturas sociais e políticas.

Com referência à capacitação profissional, o estudo mostra que existe uma lacuna entre a mulher e as políticas públicas, fora da assistência por um serviço especializado como o BLH. Acreditamos que para que ocorram mudanças nas rotinas hospitalares e na sensibilização da importância em assegurar uma assistência que possa efetivamente atender às necessidades da mulher que amamenta, se faça necessário uma maior abordagem da amamentação por parte dos órgãos gestores, com a implementação das ações em capacitação e treinamento dos profissionais da área materno-infantil, bem como elencar propostas e projetos que possam educar e instrumentalizar o aluno na graduação.

Tendo por princípio a pertinência inquestionável de que os BLH estão integrados às questões de êxito relacionadas ao aleitamento materno, o estudo procurou definir qual o diferencial em

suas ações assistenciais, incorporando a mulher como o sujeito principal de sua prática. O núcleo central das representações sociais acerca do significado da assistência oferecida pelo BLH na vivência do estabelecimento da amamentação, expresso pelas depoentes do estudo, aponta para a **valorização de uma metodologia de assistência dirigida às suas demandas**, de forma individualizada, destacando-se os referenciais de acolhimento, informação, demonstração, afeto, paciência e compromisso com suas dificuldades e expectativas.

A assistência pela equipe do BLH, qualificada no manejo clínico da lactação, ganha reconhecimento de satisfação e efetividade de resultados quando se acrescenta dos **referenciais da atenção e do aconselhamento em amamentação**, interagindo os aspectos subjetivos às funções biológicas, com um discurso que expressa uma relação assistencial educativa, baseada no contexto dos sentimentos e experiências das mulheres assistidas.

Não se trata apenas de um atendimento em amamentação, mas de uma metodologia de assistência que tem por objetivo o **compromisso com os resultados de promoção e apoio ao aleitamento materno**, tendo como princípio uma construção humanizada e compartilhada que venha ao encontro das necessidades das mulheres, capacitando-as na compreensão do processo de amamentação para a superação de suas dificuldades e esclarecimento de suas dúvidas e expectativas.

A abordagem ao cuidado de atenção que protagoniza a mulher no processo de amamentação resgata o seu direito a uma assistência resolutiva e satisfatória ao **criar condições de segurança e empoderamento para a tomada de decisões**, no momento em que essas mulheres se apropriam da metodologia e do discurso utilizado, desenvolvendo a capacidade para dar continuidade ao trabalho realizado durante o atendimento em seus lares, com a garantia de ter restabelecida a assistência a qualquer momento em que necessitarem.

A avaliação da assistência prestada pelo BLH-HUCAM, priorizando a complexidade da amamentação sob a ótica da vivência das mulheres, oportuniza a uma maior compreensão dos fatores que contribuem na condução dos elementos facilitadores à amamentação relacionados às demandas dessas usuárias, capacitando-as de confiança e desenvolvendo segurança em suas habilidades e atitudes, transformando positivamente sua experiência em amamentar, e com isso, prevenindo muitos casos de desmame precoce.

Assim, a assistência clínica prestada pelo BLH é representada como uma razão de extrema importância no sucesso da amamentação, uma vez que, embora sinalize culturalmente ser de

fácil manuseio, **aponta para uma dificuldade de operacionalização do ponto de vista humano, necessitando de uma metodologia de assistência** que ensine, escute e compreenda a complexidade de fatores relacionados ao processo da amamentação e, que objetivamente envolve a mulher. As ações de orientação pelos profissionais do BLH são representadas como corretas e executadas com empatia, paciência, carinho, compromisso e continuidade, mostrando imediata efetividade pela sensação de segurança, conhecimento e empoderamento das mulheres acerca da amamentação.

Com isto, para além do desenvolvimento de alta tecnologia no processamento do leite humano com baixo custo operacional, o BLH desvela enormes avanços na qualidade assistencial, com uma metodologia de promoção do aleitamento materno que, nas últimas 35 décadas, tem cooperado para a transformação de um cenário desenhado pelas conseqüências do desmame precoce nos vários países, a partir da Revolução Industrial e da chegada dos substitutos do leite materno e da indústria do marketing, traduzindo sua importante contribuição como política pública nos objetivos de redução da mortalidade infantil e promoção de saúde, com incontestáveis benefícios humanos de curto e longo prazos.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, L. **Amamentação: esse ato contraditório**. 1994. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança), Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1994.
- ALFAYA, C.; SCHERMANN, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n. 2, p. 279-85, 2005.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- ALMEIDA, J. A. G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-25, 2004.
- ARANTES, C. L. S. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 195-202, 1995.
- ARAÚJO, M. F. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista Saúde Pública**, Recife, v. 40, n. 3, p. 513-20, jun. 2006.
- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-26, jul./set. 2007.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOSI, M. L. G.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP**, Ceará, v.1, n.1, jul./dez. 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Ementa Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. Ed. São Paulo: Saraiva, 2003a.
- _____. Decreto n. 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 25 maio 1970. Seção 1.
- _____. Lei n. 5.154, de 19 de agosto de 2013. Institui a Semana Distrital de Doação de Leite Materno e a inclui no calendário oficial de eventos do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 ago. 2013a.
- _____. Lei n. 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jan. 2006a. Seção 1, p. 1-3

_____. Lei n. 11.770, de 9 de setembro de 2008. Institui o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do art. 7º, da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 set. 2008a.

_____. Portaria MS/SAS n. 155, 1994. Estabelece diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 set. 1994.

_____. Portaria GM/MS n. 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas para a implantação do sistema alojamento conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 set. 1993.

_____. Portaria GM/MS n. 693, de 6 de junho de 2000. Aprova norma para orientação para implantação do Método Mãe Canguru, destinado a oferecer atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 2000.

_____. Portaria MS/SAS n. 756. Estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 2004.

_____. Portaria n. 193, de 23 de fevereiro de 2010. Aprova a **Nota Técnica Conjunta nº 01/2010** (ANVISA/MS). Assunto: **sala de apoio à amamentação em empresas** públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 24 fev. 2010.

_____. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011b.

_____. Portaria n. 1893, de 2 de outubro de 2003. Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional de Doação do Leite Humano. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003b.

_____. Portaria n. 2.394, de 7 de outubro de 2009. Institui a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) no Brasil e estabelece a parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria nas comemorações da SMAM. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 9 out. 2009c.

_____. Portaria n. 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Amamenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 2008b.

_____. Resolução n. 5, de 20 de dezembro de 1988. Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1988.

_____. Resolução nº 31 de 8 de outubro de 1992. Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 1992.

_____. Resolução RDC n. 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 set. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, MS, 2009b.

_____. _____. **Folder bombeiros da vida**: Promovendo o aleitamento materno. Disponível em: <bvms.saude.gov.br/bvs/folder/100060002382.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013b.

_____. _____. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília, DF: MS, 2011a.

_____. _____. **Nutrição Infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF: MS, 2009a.

_____. _____. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF: MS, 2001.

_____. _____. **Programa de saúde materno infantil**. Brasília, DF: MS, 1974.

_____. _____. **Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno**. Brasília, DF: MS, 1981.

_____. _____. **Projeto bombeiros da vida: experiência**. Disponível em: <http://www.invacao.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=71> Acesso em: 05 set. 2013c.

_____. _____. **Projeto para redução da mortalidade na infância**: PRMI. Brasília, DF: MS, 1995.

_____. _____. **II pesquisa nacional de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: MS, 2009d.

_____. _____. **Modelo de atuação**: objetivos. MS/FIOCRUZ, Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/star.htm?sid=365>> Acesso em: 25 set. 2013d.

_____. _____. **Modelo de atuação**: modelo operacional. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/star.htm?infoid=364&sid=364>> Acesso em: 25 set. 2013e.

_____. _____. **Conheça o funcionamento de BLH**: ferramenta de gestão BLHWeb. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/star.htm?sid=185>> Acesso em: 25 set. 2013f.

_____. _____. **Conheça o funcionamento de BLH**: procedimentos técnicos: recursos humanos. Rio de Janeiro MS/FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=205>. Acesso em: 02 out. 2013g.

_____. _____. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. Rio de Janeiro: BLH. MS/FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cglua.exe/sys/star.htm?tpl=home>. Acesso em: 03 set. 2013h.

_____. _____. Programa Cumbre de Red de Bancos de Leche Humana. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2007. Disponível em : < <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=735&sid=271>>. Acesso em 10 out.

_____. _____. **Carta de Brasília**. 2010. Disponível em: < <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cbraslia2010.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2010b

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em: 22 set. 2013.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 126-30, 2004.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JUNIOR, Á. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 433-40, out./dez, 2005.

CASSAB, F. et al. Grupos de apoio: de mulher para mulher: as relações necessárias entre amamentação e grupos de mães. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação: bases científicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

COELHO, E. A. C.; LUCENA M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS. **Programa carteiro amigo**: relatório. Brasília, DF: A Empresa, 1999.

ESCOBAR, A. M. U. et al. O. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 253-61, 2002.

ESPÍRITO SANTO. Portaria 056-R, de 04 de abril de 2013. Institui o Banco de Leite Humano do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes como Banco de Leite Humano de Referência (BLHR) no Espírito Santo. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**, Espírito Santo, 05 abr. 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238-52, 2000.

_____. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 147-54, 2004.

_____. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. **Amamentação: bases científicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 27-33

GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas: Cortez, 1988.

GUIMARÃES, V.; ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. **Qualificação de recursos humanos**. Rio de Janeiro: Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano, 2004.

HABERT, N. **A década de 70: apogeu e crise da ditadura militar brasileira**. 3. ed. São Paulo: Ática, 2001.

HOTIMSKY, S. N. et al.. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-11, 2002.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMO, A. K. K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 578-85, 2002.

JAVORSKI, M. **Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica**. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/amamentação/categoria.asp?cod_conteudo_sub=31>. Acesso em: 09 nov. 2011.

LAMOUNIER, J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 6, p. 363-8, 1996.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materna**. Lisboa: Comitê Português para UNICEF, 2008.

MAIA, R. S. M. et al. Rede nacional de bancos de leite humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 285-92, jul./set. 2006.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MÜLLER, M. **The baby killer: war on want**, 1974. Disponível em: <<http://www.babymilkaction.or/pdfs/babykiller.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e ser “o corpo para si”. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 355-63, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia do milênio**: reafirmou na sede da ONU as metas de qualidade de vida das Nações Unidas para a construção de consensos internacionais para ações de desenvolvimento e promoção de uma economia global mais justa. 2000. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu.../a-onu-e-o-desenvolvimento/>>. Acesso em: 20 set.2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS/UNICEF, 1989.

ORLANDI, O. **Teoria e prática do amor à criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p. 185-94, fev. 2011.

PONTES, M. B. **(Re) visitando a inserção da enfermeira no espaço da amamentação**: o caso do banco de leite humano do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (1991 – 1997). 2011. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

PONTES, C. M. ; ALEXANDRINO, A. C.; OSÓRIO, M. M. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 357-64, 2008.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n. 5, p. 385-90, 2003.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 37-45, 2003.

SANDRE-PEREIRA, G. et al. A. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 457- 66, 2000.

SANTO, L. C. E. Políticas públicas em aleitamento materno. In: CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação**: bases científicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre o aleitamento materno na sociedade brasileira. 1990. 236 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1990.

SILVA, I. A. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.

SOUZA, C. B.; CORDOVA, L. E. S.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno**: a experiência do Brasil. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_franca_novo.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2011.

SOUZA, R. F. **A celebração da infância**: os concursos de robustez e a construção de uma infância higienizada em São Paulo (1920-1930). Disponível em: <<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuais-coautorais/eixo04/Rosangela%20Ferreira%20de%20Souza%20-%20Texto.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

UNICEF no Brasil: histórico. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9489.htm>. Acesso em 28 set. 2013.

VINHA, V. H. P.; SCOCHI, C. G. S. Aleitamento materno: evolução histórica. **Femina**, Rio de Janeiro, v.17, n. 10, p. 819-23, 1989.

WIDSTROM A.M. et al . Short effects of early sucking and touch of the nipple on maternal behavior. **Early Hum Dev**, Amsterdam, v. 21, n. 3, p. 15-63, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Resolução 33.32 da 33ª Assembléia Mundial da Saúde, Anexo 6, Genebra, 1980. Disponível em: <[file:///C:/Users/blhucam/Documents/Downloads/i009952%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/blhucam/Documents/Downloads/i009952%20(1).pdf)>. Acesso em: 24 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International code of marketing of breast-milk substitutes**. Geneva, WHO, 1981. Disponível em: <http://www.who.int/nutricion/publications/code_english.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf>. Acesso em: 25 set. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa – EMESCAM

Av. Nossa Senhora da Penha, 2190. Santa Luzia. Vitória, ES. CEP: 29045-402
 Telefone: (27) 3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O papel assistencial do Banco de Leite Humano: representações sociais das mulheres que vivenciam a amamentação

Pesquisadora responsável: Suzana Hara Pinho

Identidade: CRM ES 5375 **Telefone para contato:** (27) 99442252 (27) 33357377

Esta pesquisa tem por objetivo identificar a avaliação das mães sobre a assistência clínica oferecida pelo Banco de Leite Humano e o papel exercido na vivência da amamentação no período de estabelecimento da lactação, em suas expectativas e dificuldades.

O período da pesquisa dar-se-á entre os meses de abril e maio de 2014, com a garantia do sigilo absoluto, confiabilidade e anonimato das informações aqui prestadas, assim como o direito do entrevistado de retirar seu consentimento a qualquer tempo durante o período de elaboração. Os benefícios almejam a melhora e efetividade na assistência às mulheres que amamentam, e os riscos do estudos às participantes constituem-se de natureza mínima.

Assinatura do pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Concordo em participar da pesquisa sobre “**Representações Sociais das mulheres que vivenciam a amamentação**”, após ter sido devidamente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa pela investigadora. Atesto não ter sido submetido a qualquer tipo de indução, coação, influência indevida, intimidação ou qualquer outro ato lesivo. Recebi a garantia de que posso ausentar-me da pesquisa a qualquer momento, sem que isto implique em qualquer tipo de represália.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito responsável _____

Identidade: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha (não ligada à pesquisadora):

Nome: _____

Identidade: _____

APÊNDICE B – Questionário

1. DADOS MATERNOS:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento: / / _____anos

Cor: branca (); parda (); preta ()

Escolaridade: _____ anos

Trabalho: meia jornada (); integral/8h (); não ()

Carteira assinada sim () não ()

Ocupação: _____

Renda familiar: _____R\$

Com quem reside: () com o companheiro e filhos

() com a família de origem/especificar: _____

Quem ajuda nos afazeres da casa? _____

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Gestações anteriores () Paridade () Aborto ()

Idade dos filhos e tempo de amamentação: _____

3. PRÉ-NATAL, PARTO

Parto: vaginal () cesáreo ()

Pré-natal: sim () não ()

Numero consultas: _____ local: _____

Recebeu alguma orientação sobre aleitamento no pré- natal? sim () não ()

No alojamento conjunto? sim () não ()

Onde/como recebeu orientações sobre amamentação/ fontes sobre informações? (Panfletos, televisão, internet...) especificar:

3. DADOS REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO:

Nome:

Data nascimento:

Idade gestacional:

Peso nascimento:

Sexo: fem () masc ()

Mamada na primeira hora de vida ()

Uso de chupeta/ dieta complementar ()

APÊNDICE C – Roteiro semi-estruturado

1. Experiência anterior com a amamentação.
2. O que pensa sobre a amamentação.
3. Motivos pelos quais procurou o atendimento no BLH.
4. Significado da assistência recebida no BLH na atual experiência da amamentação.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização para a pesquisa

A Coordenadora do Banco de Leite Humano do
Hospital Cassiano Antônio de Moraes HUCAM- UFES
Profª Mônica Barros de Pontes

Autorização para Pesquisa

Venho por meio desta, pedir permissão e apoio por parte desta chefia, na execução do projeto intitulado: O papel assistencial do banco de leite humano: representações sociais das mulheres que vivenciam a amamentação.

Reitero que a pesquisa só será iniciada (coleta de dados) após a aprovação do CE EMESCAM.

Responsável pelo projeto: Suzana Hara Pinho (pesquisador principal).

Sector de execução: Banco de Leite Humano do HUCAM – UFES

Orientador do projeto: Prof. Luiz Henrique Borges

Dr. Mônica B. de Pontes
Coord. do BLH/HUCAM
CRM-ES 57234

Coordenadora do BLH- HUCAM
Monica Barros de Pontes

Suzana Hara Pinho

Suzana Hara Pinho
MÉDICA
CRM-ES 5375

Pesquisador Principal
Suzana Hara Pinho

Vitória, 04 de abril de 2014

ANEXO B – Autorização pesquisa CEP – EMESCAM

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel assistencial do Banco de Leite Humano: representações sociais das mulheres que vivenciam a amamentação

Pesquisador: SUZANA HARA PINHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19018314.4.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 663.761

Data da Relatoria: 27/05/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto para realização de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Apresenta proposta de estudo qualitativa, de incorporar os significados aos atos e suas relações sociais, enfocando a percepção das mães acerca da assistência clínica oferecida pelo Banco de Leite Humano durante o processo de estabelecimento da lactação. A pesquisa será realizada no BLH vinculado ao HUCAM, com uma atuação interdisciplinar com a participação de médico, enfermagem, assistente social e funcionários técnicos, todos com capacitação no Manejo Clínico da Lactação e Aconselhamento em amamentação.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as representações sociais das mulheres acerca do papel da assistência clínica oferecida pelo Banco de Leite Humano de um Hospital Universitário na vivência da amamentação, durante o processo de estabelecimento da lactação.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 663.761

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa constitui-se de riscos mínimos aos seus participantes, que será minimizado com o anonimato dos pesquisadores.

Benefícios:

A todos os atores sociais envolvidos com a prática da amamentação, partindo do conhecimento de informações e atitudes que favoreçam o aleitamento materno com uma aproximação de sua realidade com maior clareza das situações significativas do ponto de vista das mulheres/mães para a iniciação da amamentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa, que resultará em dissertação de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local- EMESCAM, viável e meritória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador fez todas as alterações solicitadas:

- Adequação de TCLE, assinatura de carta de anuência, correção de cronograma e orçamento financeiro.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 663.761

VITÓRIA, 27 de Maio de 2014

Assinado por:
Paulo Augusto Sessa
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br